

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° 534

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond LEHMANN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

KRAUROSIS VULVÆ

Président : M. A. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond LEHMANN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

KRAUROSIS VULVÆ

Président : M. A. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique.	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCOQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, le Docteur LUCIEN LEHMANN

*Qui fut mon meilleur guide dans les
études médicales.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, le Docteur PIERRE LEHMANN

A MON ONCLE, le Docteur LÉON WEILL

*Un des derniers médecins nommés par
l'ancienne faculté de Strasbourg, aide-
major volontaire de l'armée de Bour-
baki.*

A Monsieur le Docteur GILBERT

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Professeur de Clinique médicale de la Faculté
de Médecine de Paris

*Mon maître, qui voulut bien me faire
l'honneur de présider la soutenance de
cette thèse.*

A Monsieur le Docteur DALCHE

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Mon maître spirituel, qui me soutint
toujours de ses conseils, et qui m'inspira
cette thèse.*

A Monsieur le Docteur BARTH

Médecin de l'Hôpital Necker

A Monsieur le Docteur GASTOU

Chef du Laboratoire central de l'Hôpital Saint-Louis

A Monsieur le Docteur MOUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

A Monsieur le Professeur LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

A Monsieur le Dr ANSELME SCHWARTZ

Professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur LEREBoullet

Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur HUDELO

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A Monsieur le Professeur DEMELIN

Médecin accoucheur à l'Hôpital Lariboisière

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

*Qui m'accueillirent si aimablement
dans leurs services soit comme stagiaire,
soit comme externe et me nourrirent de
leur enseignement.*

KRAUROSIS VULVÆ

HISTORIQUE

En 1884, Breisky, chirurgien à Prague, décrivait une affection nouvelle des organes génitaux externes de la femme, affection caractérisée, cliniquement, par la rétraction de l'anneau vulvaire, par une sclérose envahissant le vestibule, les petites lèvres, le frein et le prépuce clitoridien, la face interne des grandes lèvres, histologiquement par la nécrose de l'épiderme et l'hyperplasie du tissu conjonctif du derme de ces régions. Il donnait à cette affection le nom de kraurosis vulvæ (du grec *κραυρω* je rétrécis). Il faisait ainsi la découverte d'une affection déjà décrite par le chirurgien anglais Lawson Tait (1875) sous le nom de *vascular degeneration of the nymphus with atrophy of the mucous membran* (*Diseases of women*, II, édit. Birmingham, 1883).

Lawson Tait lui-même déclare avoir trouvé quelques indications sur cette affection chez Simpson. Breisky décrivait une rétraction de la vulve avec aspect blanchâtre de la muqueuse, Lawson Tait une atrophie avec coloration rougeâtre : nous ver-

rons plus loin ce qu'il faut penser de cette distinction. A la suite de Breisky, de nombreuses observations parurent dans les journaux d'Allemagne et d'Autriche, quelques-unes appuyées d'examens histologiques.

En France, l'affection semblait inconnue et l'on ne trouve d'étude sur ce sujet qu'en 1897, époque à laquelle parurent, à peu d'intervalle l'un de l'autre, les articles de Pichevin et Pettit, Labusquière, Le Roy des Barres. Pourquoi donc chez nous ce silence de treize ans ? M. Jayle à qui nous devons des études très complètes sur le kraurosis, l'explique de la sorte (*Revue générale, Archive générale de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906). En Allemagne, on décrivait sous le nom de kraurosis un syndrome comprenant en même temps la rétraction vulvaire et la coloration blanchâtre de la muqueuse : en France on négligeait sans doute outre mesure l'élément sclérose et, par contre, de nombreuses études étaient consacrées à la coloration blanchâtre, à la leucoplasie vulvaire. Longtemps donc le kraurosis fut considéré chez nous comme une affection rare, une curiosité clinique : il n'en est plus ainsi aujourd'hui ; dans chaque service de gynécologie on a l'occasion d'en rencontrer et depuis 1897 de nombreux cas en ont été publiés en France.

ÉTIOLOGIE

Le kraurosis peut s'observer à toute époque de la vie génitale, chez la jeune fille après l'établissement des premières règles, chez la femme mariée, qui a eu des enfants ou qui est restée stérile, chez la femme de cinquante ans à la suite de la ménopause.

1° *Chez la jeune fille après l'établissement des premières règles.* — C'est là que le kraurosis est certainement le plus rare, la sclérose est peu rétractile dans le jeune âge, et il faut y regarder de fort près pour apercevoir une lésion peu accentuée, une petite plaque dure de la largeur d'une lentille, située à la paroi antérieure du vagin et présentant peu de tendance à l'extension, une modification de la consistance ou de la forme de l'hymen. A l'origine de cette lésion se trouve soit une hypotrophie congénitale généralisée ou localisée aux organes de la reproduction, avec atrophie de l'utérus et du col, étroitesse du vagin et de la vulve, aplatissement du mont de Vénus, en somme véritable nanisme génital, soit une lésion acquise des ovaires (salpingo-ovarite double, hydrosalpinx, salpingite kystique), soit enfin une intervention sur les voies génitales, utérus et

ovaire. Dans un délai variant entre six à huit mois (de Bauréale) apparaissent, d'une part les signes généraux de l'insuffisance ovarienne, d'autre part les signes locaux de sclérose vulvaire, de kraurosis.

2° *Chez la femme mariée.* — L'affection est beaucoup plus fréquente, et plus fréquente encore à mesure que l'on s'approche de l'âge de la ménopause. Il semble que l'activité sexuelle, imposant une fatigue à l'appareil ovarien, la fréquence des rapports sexuels multipliant les attritions de la muqueuse vulvaire et vaginale et créant ainsi un *locus minoris resistentiæ*, puissent entrer pour quelque part dans l'étiologie de la sclérose dermique. Mais c'est là hypothèse pure qu'aucune observation ne peut venir étayer.

Le kraurosis apparaît aussi bien chez les femmes stériles que sur les femmes ayant eu plusieurs enfants, et bien certainement la sclérose de la vulve est indépendante de toute lésion de l'organe de parturition. Dans nombre de cas on la constate chez des femmes qui ont eu cinq ou six accouchements. L'observation I de Breisky est celle d'une femme de vingt-cinq ans, ayant déjà eu une grossesse et chez laquelle l'accoucheur découvre un kraurosis au moment où elle vient faire constater sa seconde grossesse. Une observation de Peter a trait à une femme de cinquante et un ans ayant eu cinq enfants. Dans une observation de A. Martin, il s'agit d'une femme de soixante-sept ans qui avait eu quatre enfants.

3° *Chez la femme ayant atteint l'âge de la ménop-*

pause. — C'est l'âge de l'altération générale de tous les tissus, et aussi de l'atrophie du tractus génital. Ici encore nous voyons apparaître dans un premier temps les symptômes fonctionnels de l'insuffisance ovarienne, dans un second temps la rétraction scléreuse de la vulve. Et nous sommes tout naturellement à comparer la castration physiologique imposée par l'âge à la castration opératoire accomplie dans le jeune âge : et nous sommes aussi amenés à attribuer à deux effets semblables une cause semblable, le dysfonctionnement ovarien. Cette conception du kraurosis, symptôme vulvaire d'une lésion ovarienne fut soutenue par M. Jayle et par notre maître, M. Dalché. Mais les auteurs allemands y voyaient plutôt une affection purement locale, disons une vulvite scléreuse qu'ils attribuaient soit à une irritation locale, soit à une affection générale à détermination vulvaire.

Pour Veit et Neumann, le prurit, à lui seul, suffirait à déterminer l'apparition du kraurosis. Il nous semble impossible de lui attacher une telle valeur : le prurit n'est pas une maladie, c'est le symptôme d'irritations locales, d'affections générales ou de diathèses en cas de prurit essentiel. S'il précède parfois le kraurosis, ne faut-il pas penser que prurit et kraurosis peuvent être des manifestations d'une même maladie. Mais nombre de kraurosis n'ont été précédés d'aucun prurit. En certains cas même, celui-ci n'apparaît que lorsque la rétraction scléreuse est devenue nettement appréciable : si bien, qu'on peut

peut-être même attribuer certains cas de prurit dit essentiel à une altération histologique du tissu dermique, inappréciable au simple examen clinique.

Neller (*Centralb. f. Gynec.*, 1899, Bd. XXIII, p. 1501) attribue à la vulvite chronique un rôle prépondérant : l'inflammation de l'épiderme précéderait l'inflammation du derme, et, après une période d'exsudation et de diapédèse, on verrait l'inflammation passer à la chronicité et s'organiser en un tissu de sclérose. L'écoulement leucorrhéique est fréquent au début et à la période d'état du kraurosis mais il manque tout aussi souvent. Et d'ailleurs les cas sont nombreux, notamment ceux de kraurosis post-opératoire où il est impossible de découvrir aucun élément inflammatoire, aucune vulvite.

Disons-nous, avec Orthman (1888) que le kraurosis est suite de blennorragie ? M. Le Roy des Barres l'a suivi dans cette voie. L'écoulement leucorrhéique est fréquent dans les antécédents : on peut fort bien concevoir la possibilité d'une sclérose vaginale chronique analogue au rétrécissement qui succède aux uréthrites blennorrhagiques. La gonococie passe très souvent inaperçue de la femme qui y voit de simples pertes blanches. Néanmoins le kraurosis apparaît souvent chez des jeunes filles qu'on ne peut soupçonner d'aucune infection gonococcique, et souvent, quand il y a leucorrhée, l'examen microscopique témoigne de sa nature banale ; elle est souvent consécutive au kraurosis, le grattage créant des ulcéra-

tions qui s'infectent et donnent lieu à l'exsudation de sérosités.

A l'origine du kraurosis, au moins du kraurosis blanc, du kraurosis leucoplasique on relève souvent la syphilis. Janowsky lui attribuait un rôle essentiel. MM. Gaucher et Louste, au Congrès français de Médecine de 1904, présentaient l'observation d'une femme qui, dix mois après un chancre, vit apparaître une leucoplasie vulvaire accompagnée de rétraction. Pour eux, la leucoplasie serait toujours d'origine spécifique, partant, le kraurosis leucoplasique, toujours spécifique aussi : certes, l'origine syphilitique est difficile à dépister, le chancre chez la femme reste souvent méconnu, n'ayant aucun retentissement extérieur ; dans un cas de Hallovel, le kraurosis disparut en six mois à la suite d'un traitement mercuriel, mais il ne dit point si ce kraurosis était folliculaire ou leucoplasique. A la suite de Fournier on fit de toute leucoplasie une manifestation quaternaire de la syphilis, on n'est plus si exclusif maintenant. Debove, Vidal, Barthélemy, à la suite de Bazin, reconnaissent que l'arthritisme peut provoquer cette modification de l'épiderme. Actuellement, où la leucoplasie et la sclérose dermique sont considérées comme deux symptômes distincts la discussion n'a plus un tel intérêt : le kraurosis est rare chez les syphilitiques, et sur 60.000 syphilitiques avérés (Pichevin, *Semaine gynécologique*, 1897, p. 48), le kraurosis n'a pas été relevé une seule fois.

Les infections générales chroniques, la syphilis, la

tuberculose, les diathèses, rhumatisme chronique, diabète, goutte, prédisposent à la sclérose, et de ce chef peuvent entrer dans l'étiologie du kraurosis. Qu'il vienne s'y joindre une irritation de l'épithélium de la vulve, peut-être la sclérose se localisera-t-elle là. Des excoriations, brûlures, inflammation localisée à l'orifice des follicules glandulaires et du canal de la glande de Bartholin, lichenification de la vulve d'origine diabétique, précèdent parfois la rétraction de la vulve, qui apparaîtrait alors comme une véritable chéloïde. Chez plusieurs malades on relève la coexistence d'un polype du méat urinaire et de la rétraction. Peter cite le cas d'une femme de cinquante et un an, qui fut opérée d'une polype du méat et chez laquelle on vit apparaître ensuite un kraurosis.

En résumé, trois éléments semblent intervenir dans l'étiologie du kraurosis : 1° l'élément ovarien, car c'est au moment où le fonctionnement de cette glande est troublé qu'apparaît la sclérose ; 2° l'élément constitutionnel général (hérédité, affection ou diathèse) qui fait naître des toxines sclérogènes ; 3° l'élément irritatif local qui fixe la sclérose au niveau d'un point de moindre résistance. Diverses malades peuvent donner le même résultat et il semble que le kraurosis soit, non pas une affection particulière, mais un symptôme relevant de diverses origines.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'étudierons pas ici l'aspect macroscopique de la muqueuse vulvaire atteinte de kraurosis, mais dès maintenant nous devons signaler les deux formes essentielles, kraurosis pur, kraurosis leucoplasique.

L'examen histologique nous permettra déjà de faire le diagnostic de ces deux formes, et d'attribuer à la leucoplasie pure certains cas qui furent indûment décrits sous le nom de scléroses vulvaires. MM. Perrin, Jayle et Bender, ont beaucoup étudié cette question dans leurs articles parus dans la *Semaine gynécologique*, 1897, et dans les *Archives de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*. Nous donnerons ici le détail de deux examens histologiques, l'un pratiqué par Peter (cas de la clinique de A. Martin), l'autre par Le Roy des Barres.

Dans le cas de Peter, les fragments prélevés au niveau d'une plaque de sclérose furent fixés les uns par l'alcool, les autres dans le sublimé, la solution de Flemming et la solution à 10 o/o d'acide nitrique, suivant la méthode de Benda.

A l'alcool et au sublimé on trouvait :

Dans l'épiderme, le stratum corneum augmenté d'épaisseur, par suite de l'infiltration de leucocytes. Le réseau de Malpighi était au contraire aplati, ainsi que le stratum granulosum dont les cellules, hyperkératinisées, étaient réduites à deux couches fréquemment interrompues. Les cellules cylindriques et les cellules épineuses, gonflées et dissociées, étaient séparées par des amas leucocytaires : c'est à cette infiltration que Peter attribue la couleur grisâtre du kraurosis. Ainsi Peter constate un épaississement de l'épiderme dans sa couche superficielle, et au-dessous un afflux leucocytaire, une diapédèse, rompant et étouffant les couches normales épithéliales.

Entre l'épiderme et le derme, il existe une zone de décollement, comblée par des caillots fibrineux et des leucocytes : cette lésion ne se retrouverait que dans le lichen plan (Caspary et Joseph), ce décollement purement mécanique serait dû d'après Peter, à l'exsudation de la zone vasculaire du chorion.

Les mêmes lésions se rencontrent dans le derme : les papilles sont déformées, les fibres conjonctives sont dissociées et les intervalles sont comblés par des caillots fibrineux et des leucocytes. Les parties profondes sont intactes, les follicules, les glandes, les vaisseaux non touchés.

Sur les coupes traitées au Flemming, on constate de l'infiltration œdémateuse des papilles et la disparition des fibres nerveuses qui s'y terminent, alors que les troncs nerveux de la partie profonde restent intacts. Sur les coupes traitées au Flemming et à la

méthode de Benda l'œdème apparaît très net dans les couches superficielles du chorion.

Dans la couche moyenne du chorion, on trouve des cellules bipolaires dont les prolongements s'anastomosent entre eux.

En résumé, l'examen de Peter a porté sur un kraurosis pur au début, à la période d'hyperplasie : ce qui caractérise cette période, c'est l'infiltration de cellules jeunes dans toute l'épaisseur de la muqueuse, disjoignant les cellules normales, étouffant les papilles, rompant l'ordination des fibres conjonctives du derme. Peter fait du kraurosis une hypertrophie conjonctive diffuse, rentrant dans le même groupe que la sclérodermie et l'éléphantiasis des Arabes.

Dans l'examen histologique de Le Roy des Barres, les couches cornées et granuleuses sont infiltrées d'amas leucocytaires, l'hyperkératinisation est fréquente : quelquefois, d'après Sænger, on trouverait du vitiligo, c'est-à-dire des cellules chargées de grains de pigment. Ces cellules sont dégénérées, à chromatine fragmentée. Les cellules superficielles de Malpighi sont plus volumineuses qu'à l'état normal, disjointes, gonflées par l'œdème. Le stratum malpighien peut demeurer normal, ou être désagrégé par l'œdème. Quelquefois le chorion est séparé de l'épiderme par une zone de décollement, il est infiltré d'une matière hyaline, qui prend bien les colorants basiques, mal les colorants nucléaires. Les glandes sudoripares et sébacées sont étouffées, disparaissant

même dans les cas anciens. Le Roy des Barres insiste donc beaucoup sur les altérations des cellules de l'épiderme, caractérisées par la chromatolyse : il semble qu'il ait étudié là un kraurosis blanc, peut-être leucoplasique.

Mais dans les deux examens de Peter et de Le Roy des Barres, on constate le kraurosis à sa place hypertrophique. Bientôt la trophicité des tissus va être plus profondément altérée, une phase chronique va succéder à la phase inflammatoire, à l'œdème et à l'infiltration leucocytaire va succéder la sclérose, c'est le stade atrophique que Breisky et Von Mars avaient parfaitement reconnu. Les modifications de l'épiderme ne sont pas très sensibles : l'œdème peut avoir disparu, mais on ne reconnaît plus l'ordination normale des couches successives, certaines d'entre elles sont rompues et peuvent manquer complètement. Les papilles sont déformées, les unes allongées, les autres au contraire réduites à rien. Dans le derme, les fibres élastiques sont dissociées, les fibres conjonctives se sont multipliées et ont tout déformé, étouffant les follicules pileux et sébacés, altérant les terminaisons nerveuses, les artérioles se rétrécissent, atteintes d'endarterite.

La forme que nous venons de décrire est celle du kraurosis pur, mais celui-ci peut, soit avoir fait suite à de la leucoplasie vulvaire, soit avoir précédé la leucoplasie. Ces cas ont été bien étudiés par Pichervin et Petit (*Semaine gynécologique*, 1906) et par

Mlle Wulfromm (Thèse de Paris). D'après Pichevin, la leucoplasie débute par une hyperplasie des cellules à éléidine, avec hyperkératinisation. Les couches sous-jacentes sont irrégulières, à bords dentelés avec des altérations nucléaires. Dans une seconde période, les cellules à éléidine s'atrophient, l'épiderme dégénérant, l'atrophie atteint les papilles qui restent pourtant encore bien distinctes du derme. Dans une troisième période, krausosique vraie, l'épiderme se fusionne avec le derme, et ce dernier serait envahi par la sclérose. Si la lésion débute par le kraurosis, l'inflammation du derme serait la première en date, puis la couche de Malpighi se déformerait et ensuite seulement apparaîtrait l'hyperkératinisation et la nécrose épidermique.

Mlle Wulfromm, dans un de ses examens histologiques, insiste sur l'hyperacanthose, l'hyperéléinidose et hyperkératose de l'épiderme. La couche basale de l'épithélium (*stratum germinatum*) est régulière et présente de nombreuses figures usito-siques. Le *stratum filamentosum* renferme de gros éléments polyédriques granuleux, troubles, avec entre eux des filaments d'union très nets. Il existe une couche granuleuse de 4 à 5 assises gorgées d'éléidine, et à sa surface une couche cornée coutume.

Le derme est sclérosé, et entre les fibrilles se trouvent des amas leucocytaires. Les fibres élastiques et les glandes persistent. Nous voyons que la leucoplasie est essentiellement une lésion épidermique et son caractère essentiel est l'hyperkératinisation :

secondairement l'inflammation peut s'étendre au derme et déterminer une atrophie scléreuse.

Une autre lésion peut succéder au kraurosis et à la leucoplasie, c'est la dégénérescence épithéliomateuse. Tantôt on voit apparaître au niveau de la plaque de sclérose des ulcérations, des fissures, qui n'ont aucune tendance à la cicatrisation, au contraire gagnent en étendue et en profondeur, se recouvrent de fibrine et laissent sourdre une sanie fétide : tantôt c'est une végétation bourgeonnante en forme de champignon verruqueux exhubérant qui forme une saillie considérable dans le vagin, saignant au moindre contact. Ulcération ou végétation reposent sur une base largement indurée. Les petites lèvres et les grandes lèvres sont épaissies, indurées quelquefois gonflées d'œdème quand une infection vient se greffer sur la néoplasie. Les ganglions de la région sont augmentés de volume, durs.

Les cellules de l'épiderme ont perdu leurs caractères distinctifs, il n'y a plus de différence entre les diverses assises. Les globes cornés sont fréquents. Les cellules ont leurs formes altérées et présentent de nombreuses figures de caryokynèse. Les boyaux de cellules épidermiques s'enfoncent profondément dans le tissu dermique sous-jacent, et l'on ne reconnaît plus de couche de Malpighi. Les métastases sont assez fréquentes.

L'évolution du kraurosis est variable suivant les âges. Chez la femme jeune, la sclérose est peu envahissante, chez la femme âgée au contraire, elle est

progressive, et au début, simple petit noyau, elle devient en quelques années un anneau rétractile de plus en plus étroit. Elle déforme les régions voisines, petites et grandes lèvres qui se frippent et s'atrophient. La leucoplasie, au contraire peut disparaître, ou procède par poussées successives. Quelquefois (cas de Gordes) elle gagne la région anale. Quant à la néoplasie, là comme ailleurs on connaît sa tendance à l'extension, et seule, l'ablation peut en triompher.

SYMPTOMATOLOGIE

Le kraurosis débute en général d'une façon tout à fait insidieuse et bien souvent il est découvert par le médecin qui examine la femme pour une tout autre affection : souvent, tant est torpide son évolution, souvent la maladie remonte à plusieurs années et la sclérose a déjà fait de grands progrès quand la maladie se présente à nous. Parfois les premiers symptômes sont constatés à l'occasion du coït, qui devient difficile pour le mari, douloureux pour la femme, soit par le progrès de la sclérose atrophique, soit par un spasme d'origine nerveuse ayant son point de départ au niveau de la vulve : la femme en arrive à éviter tout rapport sexuel.

Mais la douleur peut exister en dehors de tout contact : c'est une sensation de tension siégeant dans l'hypogastre et la région périnéale, tantôt permanente même au repos, tantôt n'apparaissant qu'après un effort ou une marche prolongée. C'est parfois une douleur névralgique à prédominance au niveau des organes génitaux externes, qui peut irradier vers les cuisses et les membres inférieurs, affectant le type d'une sciatique soit en arrière au niveau du sacrum

et du cœccyx, soit en ceinture à point de départ lombaire, soit enfin suivant le trajet des fémoro cutanés. Enfin, c'est le cas le plus fréquent, la douleur est intermittente, n'apparaissant qu'à l'occasion de la miction et des efforts de défécation, provoquant parfois l'envie impérieuse d'uriner.

L'attention peut être aussi faussement attirée sur les appareils digestif inférieur et urinaire alors qu'en réalité la vulve seule est malade. Souvent pourtant il y a une inflammation légère de l'urèthre et du méat, inflammation qui pourrait peut-être, pour une certaine part, provoquer le kraurosis. Elle peut être d'origine gonococcique ou provenir d'un écoulement de métrite ou de vaginite, qui pourrait déterminer une infection ascendante du canal uréthral et des canalicules glandulaires qui aboutissent au méat.

Le symptôme le plus fréquent du début est le prurit vulvaire. Parfois très léger, il est calmé par les traitements locaux : mais il peut s'exaspérer, la malade est forcée de s'isoler pour apaiser ses démangeaisons et quand le prurit est persistant, il entraîne des troubles nerveux graves, une neurasthénie à laquelle la malade est déjà trop souvent portée à l'époque de la ménopause, neurasthénie qui, elle-même, peut déterminer des troubles généraux, altération du caractère, anorexie, insomnie, perte de forces et amaigrissement. C'est là ce qui amène parfois la malade à l'hôpital, et, dans un de nos cas, la malade venait consulter, non pas à l'occasion de ses

troubles vulvaires, mais pour des troubles dyspeptiques. Le prurit et parfois le seul symptôme d'un kraurosis, constaté histologiquement, mais qui n'avait donné lieu à aucune déformation extérieure des parties génitales (Neller). Mais aussi il peut manquer complètement, et dans notre observation aucun symptôme fonctionnel, ni douleur, ni prurit, ni trouble de la miction n'attirait l'attention du côté de la vulve.

Les pertes blanches sont souvent signalées : elles ne relèvent pas de l'altération du derme, mais plutôt de l'affection causale qui souvent peut être incriminée, la blennorrhagie qui peut entraîner uréthrites, vulvites et métrites. Les règles persistent souvent, en dépit de l'évolution du kraurosis, mais elles semblent troublées, peu abondantes, de peu de durée et douloureuses avant et pendant leur apparition. Dans l'intervalle des règles on note souvent de petites pertes qui témoignent du dysfonctionnement ovarien. Dans certains cas, notamment dans les kraurosis suite de castration totale, et dans le kraurosis post-ménopausique les règles ont complètement disparu.

A l'examen des organes génitaux externes, on est frappé de leur peu de développement. Le mont de Vénus est déprimé, la peau en est sèche, les poils du pubis sont rares, courts et décolorés, cassants : parfois ils manquent complètement. Les grandes lèvres sont flétries, déformées et ont perdu leur souplesse, elles s'écartent assez pour qu'on puisse apercevoir

les petites lèvres, elles-mêmes altérées dans leur consistance et dans la muqueuse de leur face interne, tantôt d'une rougeur congestive, tantôt d'une pâleur anémique. La région intermédiaire à la vulve et à l'anus peut être atteinte de leucoplasie (Gordes).

L'examen général montre, mais d'une façon inconstante, la diminution du système pileux des aisselles, l'atrophie du mamelon. La peau est sèche, sénile, mais sans kératomes. M. Thibierge signale comme très fréquente l'altération de la muqueuse de la voûte palatine et du voile du palais, la muqueuse deviendrait jaune brillante, sans saillies glandulaires avec des arborisations vasculaires. Nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier cette constatation.

La thyroïde n'est pas volumineuse dans les deux cas que nous avons examinés : dans aucune observation on ne signale son hypertrophie. On ne relève point de symptômes d'altération surrénalique. Dans un de nos cas on constatait une ptose viscérale, surtout un abaissement du foie, mais la surcharge graisseuse des viscères, la perte de l'élasticité de la sangle abdominale après de nombreux accouchements ou au moment de la ménopause, expliquent suffisamment ces ptoses. L'examen des urines ne décèle ni albumine, ni sucre, ni excès d'urée ou de phosphates. La réaction de Wassermann est négative dans la plupart des cas où la syphilis n'a pas été nettement relevée parmi les antécédents.

L'examen de la vulve permettra d'affirmer le diagnostique et l'on pourra constater trois aspects d'après

lesquels nous distinguerons trois formes cliniques, le kraurosis pur, où la lésion dermique est essentielle où la lésion épidermique est peu accentuée, le kraurosis blanc ou leucoplasique, le kraurosis rouge congestif dans lequel on peut reconnaître deux variétés : kraurosis vasculaire ou télangiectasique, kraurosis folliculaire.

Kraurosis pur. — Lorsqu'on écarte les grandes lèvres on est tout de suite frappé de l'atrophie des petites lèvres. Cette atrophie peut être unilatérale, surtout au début et localisée à la partie supérieure des nymphes, au niveau de la fourchette. Leur face interne est uniformément décolorée, couleur gris rose, ou jaune pâle, foie gras (Thibierge). La muqueuse n'est pas fissurée, mais elle est sèche et a perdu son brillant. Lorsqu'on écarte les petites lèvres, on détermine la formation d'une bride muqueuse transversale qui forme une sorte de capuchon au-devant du clitoris : celui-ci est atrophié et grisâtre, de même que la région du méat. C'est là, dans la région entre clitoris et méat que débute la lésion de sclérose. On aperçoit là une plaque grisâtre de coloration vitreuse, de dimension variable, mais souvent peu supérieure au début à celle d'une lentille, de contours indécis, circulaires se fusionnant graduellement avec la muqueuse saine voisine. Cette plaque ressemble à une véritable cicatrice, mais elle a une tendance envahissante. Elle est en général unique. Les auteurs ont noté la fréquence des polypes du méat urinaire. Dans un cas de Jayle, après l'excision d'un polype on

voyait apparaître la sclérose. En arrière on peut retrouver quelques fragments d'un hymen induré.

Au début, le kraurosis est bien localisé à la fourchette et au méat, mais il gagne bientôt la face interne des petites lèvres, si bien que l'entrée du vagin se trouve déformée, rétrécie en certains points par des brides fibreuses, il envahit les grandes lèvres et gagne leur extrémité inférieure. Le vagin est en général intact, mais il peut aussi être envahi par la sclérose et perdre son aspect humide. On constate souvent à l'inspection l'atrophie du col utérin, le rétrécissement de son orifice, qui, accompagnant l'atrophie utérine, témoigne de la régression totale de tout le tractus génital.

Au toucher. — Les doigts ont de la difficulté à pénétrer, et l'anneau est parfois si rétréci qu'un doigt même y entrera péniblement. Il s'enfonce dans un rétrécissement circulaire localisé à l'entrée du vagin : passé le détroit, il joue plus librement, il peut être arrêté par les brides placées irrégulièrement. La consistance des parois est ferme, cartilagineuse : le doigt glisse sur une muqueuse lisse, vernissée, sèche, rarement fissurée et suintante. La muqueuse glisse moins aisément qu'à l'état normal sur les plans profonds. On constate les déformations que nous avons signalées plus haut, au niveau des petites lèvres du clitoris, du méat. Le col est petit et ferme, le corps utérin, quelquefois très réduit, est ferme et quelquefois atteint de fibromatose ; rare-

ment on peut percevoir latéralement les ovaires scléreux, quelquefois kystiques.

Kraurosis blanc ou leucoplasique. — Ici c'est l'altération de l'épiderme qui prime tout. On aperçoit des taches blanchâtres un peu semblables au muguet mais adhérentes, de dimensions variables, à contours cycliques assez nettement délimitées des parties voisines, semblables, dit Jayle au résultat d'un attouchement par le nitrate d'argent, mais plus grisâtres, plus épaisses, plus adhérentes. Elles peuvent s'étendre et se fusionner avec les plaques voisines : les unes peuvent apparaître quand d'autres disparaissent, elles sont souvent suintantes.

Au toucher, l'épiderme est souple, mais on sent au-dessous l'induration du derme caractéristique du kraurosis qui a les mêmes caractères au toucher que dans la forme précédente, plus localisé peut-être, moins annulaire. Pour M. Milian (Rapport au Congrès de Lisbonne, avril 1906), cette couleur leucoplasique n'entraîne pas forcément l'hyperkeratinisation, ni l'hypergranulose, mais tiendrait souvent à une modification chimique des albuminoïdes du corps muqueux. Que le corps muqueux manque, soit ulcéré, il n'y a plus de leucoplasie possible.

La leucoplasie vulvaire peut, comme la leucoplasie linguale, dégénérer en épithéliome, nous en donnons une observation plus loin, il semble que le cancroïde se greffe beaucoup plus souvent sur le kraurosis leucoplasique que sur le kraurosis pur ou folliculaire.

Pour Bérard et Dumet les symptômes fonctionnels de cette forme seraient très atténués, le prurit, la névralgie, la douleur à la miction plus rares que dans le kraurosis rouge congestif du moins, la sténose vestibulaire est-elle peu accentuée, la sclérose dermique constituant plutôt l'élément accessoire. Parmi ces kraurosis leucoplasiques les auteurs reconnaissent diverses formes, les unes suivant l'étiologie, les autres suivant l'évolution.

Le kraurosis leucoplasique est bien souvent d'origine spécifique nous donnerons plus loin l'observation de M. Gaucher et Louste où cette origine semble incontestable. Les symptômes n'y présentent rien de particulier. Dans un cas de Jayle on constatait de la leucoplasie sur toutes les muqueuses buccale et génienne, anale et vulvaire.

Mais il semble actuellement qu'on puisse rencontrer des vulvites leucoplasiques non spécifiques : la diathèse arthritique ou goutteuse (Bazin, Debove), l'altération sénile des tissus suffiraient à l'expliquer. Au moins les antécédents sont muets sur la spécificité, et le Wassermann est négatif. Dans un cas, le diabète pouvait être incriminé (Le Roy des Barres).

Le kraurosis peut être le premier en date et la leucoplasie viendrait se greffer sur lui : cela est fort compréhensible. Le derme est altéré dans sa trophicité, ses nerfs trophiques et vasomoteurs, ses artères sont comprimées par un tissu fibreux, l'épiderme lui-même est altéré. Dans une observation de Von Mars, à laquelle est joint un examen histologique, on

voit les lésions se succéder dans cet ordre : kraurosis, leucoplasie, épithélioma. M. Jayle a assisté à l'éclosion sur un kraurosis de plaques leucoplasiques dont la nature semblait purement irritative. En quinze jours ces plaques avaient disparu.

Le plus souvent kraurosis et leucoplasie apparaissent simultanément, c'est là ce qui avait permis de confondre les deux affections : tantôt la lésion atteindrait avec prédominance le derme, donnant une rétraction marquée, tantôt au contraire la kératinisation de l'épiderme semblerait l'élément essentiel, le derme étant simplement induré.

Enfin la leucoplasie pourrait apparaître la première : Janowsky pensait qu'il en était toujours ainsi. Noto (*Archivo de Oste Gynec*, 1899, p. 530 et 595), conçoit les phases suivantes : plaque opaline, plaque blanchâtre, kraurosis. Besnier avait déjà signalé la possibilité de cette évolution en 1887.

Nous étudierons maintenant les formes rouges du kraurosis, celles qu'on pourrait presque considérer comme des formes aiguës, congestives. Tantôt l'inflammation prédomine sur l'élément vasculaire et sur des taches rouges congestives apparaissent des éléments de néoformations angiomateuses, c'est le kraurosis vasculaire ou télangiectasique de Lawson Tait. Tantôt l'inflammation se localise au niveau des orifices glandulaires, c'est la forme folliculaire. Dans les deux cas l'élément douloureux, le prurit, les douleurs de la miction sont à leur maximum, la rétraction

apparaît d'autant plus marquée que la lésion est plus ancienne.

Nous ne saurions mieux décrire le kraurosis télangiectasique qu'en reproduisant la description de Lawson Tait (traduction Nonique). « Cette affection, « une des plus ennuyeuses et des plus rebelles que « j'aie rencontrées, survient généralement au moment « ou après la ménopause. Elle est très souvent, si ce « n'est toujours, associée à des polypes caronculeux « du méat urinaire. Les petites lèvres sont le siège « d'une atrophie particulière qui est toujours localisée à la face interne, et je ne l'ai jamais rencontrée « sur les grandes lèvres et sur le vagin, plus haut que « le vestibule. Elle est très souvent cause de suppression totale des rapports sexuels, et, dans les trois « quarts des cas, c'est elle qui constitue le prétendu « vaginisme. On constate presque toujours que les « malades ont dépassé la quarantaine, qu'elles ont « un écoulement jaunâtre, une sensation de cuisson « au moment de la miction et qu'elles souffrent horriblement à chaque tentative de coït. Les rapports « sexuels sont interrompus depuis plusieurs mois. Les « souffrances sont grandes.

« Si l'on peut en amener la malade dès le début, on « constatera sur la muqueuse vulvaire et après avoir « écarté les lèvres, deux ou trois taches rougeâtres « dont la teinte varie du rouge brique au rouge pourpre « intense. Elles sont extrêmement sensibles au toucher. « En les observant avec soin on voit qu'elles sont

« légèrement surélevées au-dessus de la muqueuse
« normale.

« Si l'on a l'occasion de les suivre pendant quelque
« temps, on trouvera que ces taches sont temporaires
« et se propagent lentement. La coloration rougeâtre
« peut disparaître après une durée de quelques mois,
« puis apparaître ailleurs, s'étendre en taches serpigi-
« neuses et s'effacer aux anciennes places à mesure
« qu'elle en envahit de nouvelles. La marche de l'affec-
« tion est donc très lente et c'est ce qui explique qu'elle
« est rebelle à tout traitement, car elle ne se termine
« généralement qu'après avoir intéressé successive-
« ment toute la surface muqueuse des petites lèvres.
« La rétraction de l'entrée du vagin se fait lentement
« et l'orifice peut être si réduit qu'il permettra à peine
« l'introduction du doigt, même si la malade a déjà eu
« plusieurs enfants.

« Après avoir excisé un fragment de la muqueuse
« sur laquelle je trouvais une de ces taches rougeâtres
« dues à l'altération vasculaire, je trouvai alors l'expli-
« cation pathogénique de cette mystérieuse affection.
« Je plaçai le fragment excisé dans un microtome à
« congélation et je traitai les coupes ainsi obtenues
« par l'hématoxyline, le lactate d'argent et le chlorure
« d'or et le carmin. Je trouvai qu'à l'endroit où sié-
« geait la tache tous les tissus avaient disparu sauf
« quelques fibres, les parois des capillaires et l'épithé-
« lium superficiel sous lequel le réseau des capillaires
« avec leurs parois anciennes et dilatées se trouvaient
« presque sans protection, toute trace de tissu glan-

« dulaire ayant disparu. L'imprégnation au chlorure
« d'argent montrait en plus que les fibres nerveuses se
« trouvant parmi les capillaires, étaient de même
« sans protection. C'est en somme une atrophie pro-
« gressive de toute la muqueuse, les derniers tissus
« atteints étant les capillaires et les fibrilles ner-
« veuses. »

Dans la forme folliculaire, nous rencontrons les signes d'une infection localisée à l'orifice des glandules. Les symptômes fonctionnels sont ici tout aussi marqués que dans la forme précédente. En écartant les petites lèvres, on aperçoit de chaque côté du méat des petites taches rouges violacées intense ou rouge lie de vin sur lesquelles l'examen à la loupe permet de constater l'existence d'un piqueté plus coloré. Ce sont là les orifices de petites glandules, parmi lesquels tranchent les points plus volumineux des orifices des glandes de Bartholin. La pression au niveau de ces plaques congestives permet de faire sourdre quelques fines gouttelettes d'un liquide séro-purulent, et l'on peut au palper percevoir les toutes petites granulations qui correspondent aux glandules engorgés. Le prurit est souvent extrêmement intense et localise au pourtour du méat urinaire. L'évolution est la même que dans la forme précédente : les premières taches peuvent disparaître quand d'autres apparaissent, la sclérose du tissu dermique ne fait que progresser du moment où elle a fait son apparition.

Deux formes étiologiques enfin méritent de rete-

nir notre attention, ce sont, d'une part le kraurosis des femmes jeunes, post-opératoire, d'autres par le kraurosis de la ménopause, sénile.

Le kraurosis post-opératoire fut signalé pour la première fois par M. Jayle qui inspira la thèse de M. de Bauréale (Paris, 1909) M. Dalche a eu l'occasion d'insister sur cette variété dans une de ses leçons (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique* de Lucas-Championnière, p. 21.861-21.862). Comme M. Jayle, il estime que cette sclérose est en relations étroites avec l'altération de la fonction ovarienne. Et en effet on trouve à l'origine des interventions portant sur l'utérus et les ovaires, soit à l'occasion d'un fibrome volumineux ayant nécessité la castration totale soit surtout à l'occasion d'une hématocele d'un kyste ovarien, d'un ovaire scléro-kystique ou d'une salpingo-ovarite double. Dans un délai variable de six à huit mois ou quelquefois de un à deux ans, on voit apparaître deux ordres de symptômes.

Au niveau de la vulve on constate une tache de sclérose très limitée, avec induration du tissu dermique, de l'atrophie de la collerette hyménéale qui devient un simple liseré blanchâtre et induré. Pour M. Jayle cette seule atrophie hyménéale suffirait à affirmer un trouble ovarien ; il y aurait pour lui, relation étroite entre la glande génératrice et l'organe de copulation. Ce kraurosis est toujours un kraurosis simple. Sur 40 observations de kraurosis post-opératoire relevés par M. de Beuréale, on ne rencontre aucune forme leucophasique.

Le second ordre de symptôme est celui qu'on a coutume maintenant d'attribuer à l'insuffisance ovarienne. Ce sont tout d'abord des troubles de la menstruation. Les règles ne sont pas toujours supprimées mais deviennent irrégulières, pouvant être absentes durant deux ou trois mois et reparaitre ensuite. Elles sont douloureuses, précédées et accompagnées de douleurs. Elles sont peu abondantes. Enfin dans l'intervalle des règles on peut constater de petites pertes.

Les caractères sexuels s'atténuent, le mont de Vénus s'atrophie, les grandes et petites lèvres sont molles et déformées, les poils du pubis et les poils des aisselles tombent ou tout au moins s'altèrent, deviennent cassants décolorés et rares ainsi que ceux des aisselles. Au toucher on constate une atrophie de tout le tractus génital, le col est petit, son orifice très étroit, le corps est diminué de volume et scléreux, la vulve est rétrécie. Les seins s'atrophient et deviennent flasques en même temps qu'on constate une adipose généralisée, doublée d'une infiltration oedémateuse des tissus, donnant un facies bouffi qu'on peut sans doute bien attribuer au myxœdème qu'à l'insuffisance ovarienne. Car thyroïde et ovaires flirtent volontiers ensemble, une insuffisante ovarienne est souvent doublée d'une insuffisante thyroïdienne.

Outre ces symptômes physiques on constate des troubles fonctionnels nombreux. Ce sont des bouffées de chaleur alternant avec une sensation de froid, une instabilité vaso-motrice qui fait changer le

visage de couleur à l'occasion de toute émotion ou de tout mouvement, des crises de sueurs souvent émotives. Le caractère s'altère, devient triste et mélancolique, la malade rit et pleure avec facilité, est sensible à une parole ou un geste trop vifs. Elle se plaint de migraines et de céphalées, souvent persistant pendant la nuit et entraînant un état sérieux d'insomnie et d'agitation. Et ce manque de sommeil joint à l'anémie et aux troubles dyspeptiques provoque parfois une asthénie intense qui rend pénible tout effort, toute marche un peu prolongée.

La coexistence de symptômes d'insuffisance ovarienne et du kraurosis, nous porte à établir entre eux une relation de cause à effet. Cette relation serait incontestable, si après chaque castration on devait constater l'apparition de la sclérose dermique. Il n'en est pas ainsi, et parfois une castration double n'entraîne aucun trouble du côté de la vulve : il faut donc autre chose pour conditionner le kraurosis, peut être une dystrophie du système endocrinien congénitale ou acquise, une tendance à la sclérose tenant à une diathèse. Dans une de nos observations on relevait dans les antécédents de la malade la syphilis. Parmi ses 13 frères et sœurs, 4 étaient morts en bas âge, une sœur encore vivante était atteinte d'hydrocéphalie. La malade avait eu 5 grossesses, dont 3 fausses-couches, un enfant mort de méningite à deux ans, une seule enfant vivante fille de dix-sept ans, présentant des altérations psychiques incontestables.

Quelles que soient les conditions nécessaires à l'apparition de cette variété de kraurosis, on ne peut nier ses relations étroites avec la dysovarie. La castration opératoire provoque le kraurosis, la castration physiologique opérée par la ménopause obtient le même résultat, c'est la forme que nous rencontrons le plus fréquemment, chez une femme de quarante-cinq à cinquante ans, un an à deux ans après sa ménopause.

Son étiologie est très intéressante quand on la rapproche de la forme précédente. Nous ne reviendrons pas sur sa description, car c'est cette forme que nous avons prise pour type, et à côté de l'élément de sclérose dermique pure, réalisée presque expérimentalement par la castration, on y rencontre les altérations épidermiques ou des annexes du derme que nous avons décrites la leucoplasie, l'inflammation folliculaire et l'inflammation vasculaire.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution du kraurosis est toujours très lente et progressive. Si elle n'est pas soignée, elle est lentement envahissante et arrive à rétrécir l'anneau vulvaire jusqu'à interdire même l'accès du petit doigt. Sa gravité, son extension sont variables suivant l'âge auquel il apparaît.

Chez la femme jeune, c'est une petite plaque de sclérose, de dimensions insignifiantes. Elle passe le plus souvent inaperçue, tant sont restreints les symptômes fonctionnels, ici point de prurit, point de névralgie, rarement de la douleur à la miction. C'est une sclérose torpide et peu envahissante, ce n'est point la rétraction circulaire de la vulve. L'élément congestif étant réduit à rien, le kraurosis guérit, ou pour mieux dire reste inaperçu sans qu'il soit besoin d'appliquer aucun traitement. Ici la sclérose n'est rien, c'est l'altération des fonctions ovariennes qui attire l'attention et qui dicte le traitement. Les complications sont rares nous citerons néanmoins le cancroïde de la vulve qui apparaît même dans ce jeune âge. Bernays et Orthman en ont signalé des

cas à vingt-sept et vingt-neuf ans, Czempin sur une jeune fille de vingt-deux ans.

Il n'en va plus de même quand il s'agit du kraurosis chez une femme âgée : la sclérose ici est au contraire progressive. Localisée au début dans le carrefour situé entre le clitoris et le méat, elle gagne l'espace interne des petites lèvres, leur face externe, les grandes lèvres, la fourchette, enfin, bien que plus rarement, elle rétrécit le vagin tout entier : sur une muqueuse présentant les altérations séniles, ayant perdu sa trophicité par altération de ses vaisseaux et de ses nerfs, il n'y a aucune tendance à la guérison.

La sclérose gagne et gagne irrémédiablement, mais là-dessus est greffée une inflammation dermique ou autre, qui, elle peut s'améliorer.

Et en effet on voit des plaques de leucoplasie rétrocéder par le traitement médical, elles diminuent de nombre et de dimension, on peut voir rétrocéder les inflammations folliculaires et la pression à leur niveau n'est plus douloureuse et ne fait plus sourdre de gouttelettes purulentes, on voit un kraurosis télangiectasique s'affaïsser, se décongestionner et pâlir. Mais deux complications locales d'inégale gravité, peuvent survenir, les ulcérations banales, la dégénérescence épithéliomateuse.

Les ulcérations apparaissent souvent spontanément sur une muqueuse délicate dont l'épiderme est aminci et altéré dans sa constitution chimique. Elles sont favorisées par le prurit souvent intense qui

entraîne la malade à se gratter. Elles sont en général peu étendues, peu profondes, mais elles déterminent un véritable vaginisme qui vient exagérer les effets du kraurosis et rétrécir d'autant la vulve. Elle sont de peu de gravité, et rarement elles entraînent des complications ganglionnaires, rarement elles provoquent des abcès du voisinage.

Plus grave est la dégénérescence épithéliomateuse. Ici comme à la langue la leucoplasie semble être une des causes fréquentes du cancer. La plaque s'indure, s'ulcère, s'étend, donne naissance à un écoulement sanieux, le retentissement ganglionnaire est fréquent. Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie du néoplasme et sur son retentissement sur l'état général. C'est là évidemment un élément de pronostic très défavorable et qui impose l'intervention chirurgicale, l'ablation large aussitôt que la nécoplasie est diagnostiquée. MM. Pichevin et Pettit, M. Chassaing de Borredon (Thèse de Paris, 1908) ont insisté sur la fréquence de cette complication. Des cas nombreux en ont été publiés par Martin, Mars, Czempin, Mendes de Léon, etc. Sur 60 cas de kraurosis relevés par Jung, on constatait 6 cas de néoplasmes, 1 dixième donc. C'est dire combien cette forme est fréquente et mérite de retenir notre attention.

Cette complication mise à part, le pronostic du kraurasis n'est pas mauvais. Il évolue lentement, huit ans chez une de cinquante ans, douze ans chez une vierge (Neller) et comme la forme grave n'apparaît guère chez des femmes âgées, il n'est point en

général besoin d'intervenir chirurgicalement. La femme garde sa sténose vestibulaire et n'en souffre pas.

Quelquefois pourtant elle souffre : nous l'avons dit le prurit est intense, les douleurs à la défécation et à la miction parfois intolérables. La malade éprouve souvent le besoin de s'isoler pour apaiser ce prurit, elle se croit un objet de dérision, et peu à peu son état psychique peut s'altérer et elle tend à la neurasthénie, ou a un état d'agitation et d'irritation continuelle. Elle maigrit, perd l'appétit, et quelquefois accuse des troubles dyspeptiques. C'est là une porte ouverte à d'autres maladies et notamment à la bacillose.

Mais nous le répétons, en dehors de ces troubles généraux qui sont le plus souvent atténués ou absents, le kraurosis est une affection bénigne, disons même une infirmité qu'on peut traîner avec soit toute l'existence.

DIAGNOSTIC

Les symptômes qui permettent de diagnostiquer le kraurosis sont deux ordres, symptômes physiques parmi lesquels la sclérose vient la première en importance, les symptômes fonctionnels, névralgies multiples, douleur à la miction, prurit, qui n'ont point d'importance diagnostique et risquent d'égarer le clinicien s'il pratique un examen incomplet.

Il est fort difficile de confondre le kraurosis avec les malformations congénitales, brides, imperforations, cloisonnement vertical ou transversal. La forme annulaire du kraurosis ne le rapproche aucunement de ces affections mais il faudra examiner de plus près certaines cicatrices qui peuvent déformer la vulve et le vagin, cicatrices qui auront pu succéder à une brûlure, par une injection trop chaude, ou par l'injection de substances caustiques ou irritantes, quelquefois à la suite de l'utilisation de caustiques dans un but curateur. Les antécédents, l'interrogatoire de la malade nous renseigneront, et nous constaterons que ces cicatrices, d'ailleurs plus étoilées, plus brillantes, d'un blanc caractéristique n'ont aucune tendance à l'extension.

Les cicatrices qui succèdent à un chancre, à l'herpès ou à des ulcérations de nature banale sont beaucoup moins étendues et ne peuvent être confondues avec la rétraction kraurotique. Néanmoins Ohman donne l'observation d'une femme de soixante et onze ans, atteinte de leucorrhée, herpès génital, urticaire de la face interne des grandes lèvres, avec sténose de l'orifice vulvaire simulant presque complètement le kraurosis.

Trois affections peuvent être confondues avec le kraurosis: la leucoplasie vulvaire, la sclérodermie et l'éléphantiasis.

Nous avons vu que la leucoplasie peut accompagner le kraurosis. On la reconnaît à l'existence de petites taches à contours cycliques, à aspect blanc crémeux, ou blanc grisâtre, bien limitées, apparaissant et disparaissant dans des intervalles de quinze jours, et ne s'accompagnant d'autre déformation de la vulve. Le toucher ne décèle aucune induration des parties profondes. Le diagnostic a besoin parfois d'être confirmé par l'examen histologique, après prélèvement d'un fragment. Dans le cas de kraurosis on peut constater une hyperkératinisation légère des couches superficielles de l'épiderme. Dans la leucoplasie on retrouve cette hyperkératinisation beaucoup plus accentuée, accompagnée d'hyperéléinidose et d'hyperacantose, ici les papilles sont altérées, déformées d'une façon beaucoup plus précoce. Jamais (d'après Pichevin et Pettit) on ne trouverait de dégénérescence hyaline dans la leucoplasie. Le derme est

touché beaucoup plus légèrement et, s'il est possible d'y retrouver des infiltrats leucocytaires, par contre on n'y retrouve pas cette atrophie qui caractérise le kraurosis à sa seconde période, cette prolifération intense du tissu conjonctif qui étouffe entre ses fibres tous les autres éléments.

Le diagnostic du kraurosis et de la sclérodermie repose également sur les constatations histologiques. Dans les 2 cas il y a hypertrophie du tissu conjonctif, dans les 2 cas une évolution en deux périodes, l'une œdémateuse, l'autre atrophique. Mais dans la sclérodermie, les fibres élastiques sont multipliées, au lieu qu'elles disparaissent dans le kraurosis, et le tissu conjonctif sous-dermique présente ici le maximum de lésions, alors qu'il reste intact dans le kraurosis. D'ailleurs la sclérodermie se localise très accessoirement sur la vulve, les lésions qui existent sur le reste du corps permettront d'affirmer le diagnostic.

L'éléphantiasis de la vulve est une affection rare dans nos régions. Elle ne trompe point. S'il y a une sténose vulvaire, on ne peut l'attribuer une sténose rétractile, mais une hypertrophie considérable des grandes et petites lèvres. Ici, tous les étages sont altérés en masse, épiderme, derme, tissu conjonctif sous-dermique et sous-cutané.

Nous citerons comme des raretés les hypertrophies des lèvres consécutives à la grossesse, les diabétides qui succèdent aux lésions de grattages, s'accompagnent de fissures, de leucorrhée et de signes fonctionnels marqués, prurit et douleur à la miction.

Nous n'insisterons point sur les signes fonctionnels, prurit, douleur à la miction et à la défécation, névralgies de sièges multiples. Dès que l'attention se sera portée sur la vulve, et aura constaté la rétraction, on saura les attribuer à leur véritable origine.

TRAITEMENT

Les procédés de traitement sont de trois ordres, médical, chirurgical et physiothérapique.

Procédés médicaux. — Le traitement médical se propose de diminuer l'élément congestif, de calmer le prurit, d'apaiser les douleurs, il est en réalité incapable de faire disparaître les lésions de sclérose une fois que le tissu conjonctif est définitivement organisé, mais il peut enrayer le développement de la sclérose, en faisant disparaître l'inflammation du derme.

On a préconisé les bains de siège chauds prolongés, les injections vaginales avec des liquides émollients, eau de pavot, eau de camomille, eau de guimauve. Ces procédés sont peu actifs et il vaut mieux agir directement sur la muqueuse avec des antiseptiques. On touchera les points rouges congestifs avec une solution forte de sublimé 1/100 (Orthman) au sesquichlorure de fer, à l'acide pyrogallique à 6/100, à l'acide acétique, à l'acide salicylique. Le lysol, la crésoline, le formol en solution diluée, la teinture d'iode pure ou dédoublée en attouchements bihebdomadaires ont été expérimentés. M. de Bauréale, se

basant sur les propriétés fibrolysantes de la thyosinamine, l'a expérimentée dans plusieurs cas, mais lui-même déclare n'en avoir obtenu aucun résultat.

M. Dalché utilise avec succès une poudre aussi composée.

Poudre d'orthoforme.....	} a a
Poudre de diiodoforme.....	
Poudre de talc.....	

Cette poudre a malheureusement l'inconvénient d'être coûteuse, et comme on l'applique par insufflation la malade doit faire appel au médecin chaque fois qu'elle veut s'en servir. C'est pourquoi M. Dalché utilise volontiers une autre pommade qui calme surtout le prurit, pommade ainsi composée :

Menthol	o gr. 05
Gaïacol	o gr. 10 à o gr. 30
Oxyde de zinc.....	10 gr.
Vaseline	30 gr.

Cette pommade peut être appliquée chaque jour. Le baume du Commandeur appliqué sur la vulve, les lèvres et le mont de Vénus préalablement rasés, la pommade à l'ichthiol au dixième, la pommade à l'oxyde jaune de mercure, à l'oxyde de zinc, ont pu décongestionner la muqueuse.

Mais si l'on a affaire à un kraurosis très rétractile, avec fissures multiples, douloureuses et saignantes, présentant un mauvais aspect et suspect de tourner à l'épithélioma il faut envisager une intervention chirurgicale. Les auteurs allemands, von Mars, Peter

ont signalé des cas de guérison définitive par ces procédés, même en présence d'une kraurosis non dégénéré. Si la lésion est très petite, un simple grattage à la curette, portant sur les régions décolorées et dures, suffira. On pourra le faire suivre d'un attouchement à l'acide pyrogallique (Heitzmann) ou à l'acide acétique : plus simplement on pourra y porter la pointe d'un thermocautère.

Si la lésion est plus étendue on pratiquera l'incision d'un large lambeau, et l'on réunira les lèvres de la plaie au catgut. Si la lésion est circulaire, atteignant tout l'anneau vulvaire, on procédera à l'opération de Symes ou section du sphincter vaginal : deux incisions de 3 ou 4 centimètres de profondeur sont pratiquées de chaque côté de la ligne médiane. La plaie losangique qui en résulte est suturée d'avant en arrière la vulve est aussi élargie de toute la longueur de la plaie losangique. En cas de complication néoplasique la même ablation large s'impose, et en plus on doit procéder au curage des ganglions. L'ablation a donné des guérisons définitives, mais le plus souvent les lésions sont trop peu marquées, l'âge trop avancé, les troubles fonctionnels trop insignifiants pour justifier une intervention sanglante.

L'air chaud a été utilisé contre les lésions krauro-siques, mais les résultats ne sont point publiés. Le radium ne semble donner aucun résultat. Les rayons X n'agissent point sur les lésions anciennes dont le tissu fibreux est fortement organisé. Au contraire ils

peuvent avoir un résultat favorable dans la période congestive du début, enrayant la prolifération des amas leucocytaires.

On n'oubliera de soigner l'affection causale, syphilis ou blennorrhagie.

Dans un cas d'Hallovel le kraurosis aurait disparu après six mois de traitement mercuriel. Supprimer la blennorrhagie, c'est supprimer la métrite et la vulvite et en même temps un élément d'infection du kraurosis. Enfin il y aura lieu de tenter un traitement opothérapique, en associant à l'extrait d'ovaire, l'extrait thyroïdien.

PATHOGÉNIE

Trespe expose ainsi sa conception sur la pathogénie du kraurosis. « Une inflammation aiguë hémorragique débute dans les couches moyennes du chorion avec diapédèse. L'exsudat s'étend aux couches superficielles du chorion, surtout aux papilles. L'épiderme est soulevé, les papilles comprimées et aplaties. Les couches profondes du corps de Malpghi disparaissent à leur tour. Seuls les follicules pileux et une partie des glandes sébacées résistent grâce à leur structure ; les glandes sudoripares disparaissent. La dégénérescence des fibres élastiques et des éléments vasculo-nerveux va de pair. Peut-être la compression produite par l'exsudat provoque-t-elle une irritation prolongée sur les nerfs sensitifs et détermine-t-elle aussi le prurit. »

Le mécanisme admis par Trespe est sans doute réel ; mais il serait intéressant de rechercher à quelle occasion se produit cette inflammation aiguë hémorragique qu'il reconnaît au début du kraurosis. Infiltration de cellules jeunes, diapédèse, peuvent déterminer l'hyperplasie qu'on reconnaît au début du kraurosis, mais comment expliquer l'évolution pro-

gressive de la sclérose, et sa localisation si particulière au tissu dermique, l'épiderme restant à peu près intact : nous tâcherons d'obtenir quelques clartés sur ce sujet en recherchant par quels procédés l'âge, les maladies, le terrain peuvent prédisposer à la sclérose.

A quel âge voyons-nous de préférence le kraurosis ? En deux circonstances, chez la jeune femme, chez la femme de quarante ans. Chez la jeune femme nous avons vu quelles relations étroites unissaient les ovaires et les voies génitales externes. Que les ovaires soient altérés, soit par une maladie chronique, soit par une opération et l'on voit apparaître, dans une région bien limitée, à l'endroit où les voies urinaires se joignent aux voies génitales, une légère tache de sclérose. Cette région est riche en glandules et en terminaison canaliculaires et rappelle comme constitution l'utricule prostatique mâle ; et il y a quelque intérêt à rapprocher la lésion prostatique qui se produit au déclin de la vie génitale, au moment ou peut-être les sécrétions testiculaires deviennent insuffisantes, et la lésion kraurotique qui apparaît au carrefour génito-urinaire au moment où les sécrétions ovariennes sont déficientes, soit par altération pathologique, soit par ablation chirurgicale. La relation entre l'état anatomique de la vulve et celui de l'ovaire a été nettement indiqué par M. Jayle. Qu'il y ait sclérose de la vulve, ou, à son défaut vitiligo, elephantiasis, leucoplasie vulvaire dont la cause est restée inaperçue reportons-nous à l'ovaire et nous aurons toute chance de trouver l'ori-

gine de ces lésions. Dans un cas de M. Jayle, on avait diagnostiqué un kraurosis inflammatoire chez une jeune fille ovariectomisée depuis cinq ans, et l'on proposait l'ablation chirurgicale de la muqueuse. Le traitement médical, l'opothérapie ovarienne triomphèrent de ce kraurosis. Nous avons vu que le kraurosis n'est pas toujours aussi accentué que dans les formes prises comme types de description. Souvent on ne constate que de la sclérose hyménéale. Chez deux jeunes filles de vingt-quatre et vingt-huit ans, vierges présentant cette lésion, et se plaignant depuis longtemps de douleurs abdominales d'entérocolite. M. Jayle fit une intervention qui permit de constater une ovarite double avec hydrosalpinx et les douleurs entéritiques disparurent dans la suite. Nous avons vu qu'en même temps que cette sclérose, on pouvait constater d'une part une régression des organes génitaux, utérus, corps et col, vagin et vulve et d'autre part les symptômes généraux que l'on a coutume de rapporter à l'insuffisance ovarienne ; les relations entre la lésion ovarienne et le kraurosis sont nettement indiquées.

A un âge plus avancé, quarante à cinquante ans, le kraurosis devient plus fréquent et plus rétractile. Peut-être pourrions-nous invoquer une activité génitale intense qui a provoqué une fatigue précoce des ovaires. Hypothèse pure qu'aucune preuve ne peut renforcer. Voyons dans les observations chez quels sujets la sclérose se rencontre le plus fréquemment. Sur des femmes stériles, qui auraient affirmé

par leur stérilité leur dysovarie ? Ou bien chez des femmes qui ont déjà eu plusieurs accouchements ? Ce dernier cas est incontestablement le plus fréquent et dans nombre d'observations le kraurosis est survenu après cinq ou six accouchements. La fréquence des parturitions pourrait dans ces cas altérer les fonctions du follicule, mais le kraurosis apparaît aussi bien chez des femmes stériles. Si bien qu'ici nous interrogeons l'ovaire, il ne répond pas.

Le kraurosis est souvent constaté à la cinquantaine, après la ménopause. Nous disons souvent, car pour formuler le diagnostic de kraurosis, nous exigeons une rétraction marquée de l'anneau vulvaire, aussi perceptible au toucher qu'au spéculum. M. Thiburge lui, déclare qu'il existerait chez toutes les femmes âgées de cinquante ans, et il en ferait un véritable signe de la ménopause. Mais il décrit comme kraurosis soit une toute petite plaque de sclérose, soit même une petite tache jaunâtre foie gras, ou gris argent, dans la région du meat, qui ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel, d'aucune douleur ni d'aucun prurit, et par conséquent reste ignoré de la femme qui n'attire pas l'attention du médecin de ce côté. Ici l'action de l'ovaire sur l'état de la vulve apparaît de nouveau très nette et nous pouvons rapprocher la castration physiologique opérée par la ménopause de la castration opératoire.

Nous rapportons le kraurosis à un trouble des sécrétions, mais ne pourrait-on lui reconnaître d'autres causes. Cette sclérose rétractile ne ressemble-

t-elle pas à d'autres scléroses cicatricielles que l'on a parfois l'occasion de constater à l'occasion des grandes brûlures de la face et du cou, qui donnent des lésions extensives très déformées, très étoilées, déterminant des positions vicieuses de la tête? Ne pourrait-on y voir l'analogue des cicatrices chéloïdes qui apparaissent à la suite des plaies parfois les plus insignifiantes. Dès lors, il faudrait rechercher à l'origine de toute sclérose de la vulve une lésion irritative, persistante encore ou effacée depuis quelques années. Plusieurs auteurs ont adopté cette manière de voir.

A l'origine de tout kraurosis, d'après Nonique, il y aurait toujours une intervention opératoire ou une vulvite qui déterminerait d'abord une épidermite, et secondairement une dermite. La vulvite banale ou blennorragique existe de façon incontestable dans certains cas, de même que la métrite et la vaginite, mais à supposer qu'elle puisse déterminer des altérations du tissu dermique analogues à celles du kraurosis, on ne voit pas pourquoi elle les déterminerait à la vulve plutôt qu'au vagin ou au col, pourquoi elle déterminait une stérilisation annulaire là où devrait s'attendre à un rétrécissement portant aussi bien sur tout le vagin.

Neller, 1899, attribuait le kraurosis à une inflammation chronique des organes génitaux externe.

Veit y voyait une conséquence du prurit vulvaire. Dans 4 cas de Jung, chez des malades n'accusant que du prurit et ne présentant aucune déformation

de la vulve, l'examen histologique a montré des lésions de sclérose du derme. Si bien que, même dans les cas de prurit dit essentiel, il faudrait rechercher cette sclérose dermique, cette prolifération du tissu conjonctif qui étouffe les terminaisons nerveuses et qui détermine, d'une part la sensation anormale du prurit, d'autre part l'altération trophique des tissus qui constitue le kraurosis. En vérité le prurit serait de la sorte, non pas la cause, mais l'effet du kraurosis.

La syphilis est beaucoup moins fréquente à l'origine de la sclérose que ne le disait Janowsky ; dans beaucoup d'observations il est impossible d'en relever aucune trace, et le Wassermann reste négatif. Le chancre affecte rarement cette localisation entre le méat et le clitoris. Les plaques muqueuses par contre sont nombreuses sur toute l'étendue de la vulve et du vagin. Mais c'est à la leucoplasie que MM. Gaucher et Louste font jouer le rôle essentiel. Dans l'observation qu'ils publièrent, et que nous reproduisons plus loin, les antécédents syphilitiques sont incontestables, et la leucoplasie vulvaire n'est qu'un épisode parmi d'autres leucoplasies, génienne, buccale, anale. Mais établir la preuve que la leucoplasie vulvaire est spécifique, n'est pas prouver que la sclérose de derme qu'on trouve au-dessous est spécifique aussi, car nous avons étudié bien des formes où la leucoplasie étaient absente : nous ne reviendrons pas sur cette question à peu près tranchée maintenant des leucoplasies non spécifiques, consécutives

à une eczématisation, au diabète, à l'arthritisme. Et nous citerons cette statistique de Verain où, sur 60.000 femmes nettement spécifiques, on n'a constaté aucun cas de kraurosis.

Disons-nous qu'il existe chez nos malades une dystrophie congénitale, tenant soit à la syphilis ou à la tuberculose, à l'arthritisme ou au dysfonctionnement de l'ensemble du système endocrinien. Certaines toxines syphilitique ou tuberculose se sont montrées sclérogènes quand elles agissaient lentement sur l'organisme. Des cas sont rencontrés (Voir notre observation) où la prédisposition héréditaire, où la syphilis héréditaire s'affirme, mais est-ce la règle, on ne saurait le prouver.

Les affections locales, les affections générales se montrent insuffisantes à justifier tous les cas de kraurosis. Nous interrogeons les glandes de l'excrétion, nous n'y trouvons rien d'anormal, le foie ni la rate ne sont augmentés de volume, il n'y a ni albumine, ni sucre, ni augmentation du taux de l'urée. Nous voici donc revenus à la conception de Jayle et de notre maître M. Dalelie il faut mettre en cause soit l'ovaire, soit l'ensemble des glandes endocrines, soit le système vasomoteur, trophique du sympathique.

Si l'on incrimine l'ovaire, quelle partie faut-il accuser du dégât ? Il peut s'établir des phénomènes généraux d'insuffisance ovarienne, les règles peuvent être troublées dans leur rythme, mais la conception reste possible. Dans l'observation I de Breisky que nous donnons plus loin, le kraurosis a été constaté

à l'occasion d'un accouchement. La sécrétion interne seule est donc altérée. Quant à déterminer quelle partie est lésée, follicules jaunes ou glande interstitielle, nous serons prudents sur ce sujet, car les expériences des physiologistes ont donné des résultats absolument contradictoires, et n'obtenaient pas les mêmes résultats quand ils s'adressèrent à des organismes différents. Ancel, Bonin et Villemin sont arrivés à détruire les follicules, tout en laissant intacte la glande interstitielle et ils ont pu constater l'atrophie marquée de tout le tractus génital. Voici le procédé employé (*Etude histologique et physiologique des effets produits sur l'ovaire par les rayons X*, Lacassagne, Thèse de Lyon 1913).

Les follicules ont une radiosensibilité plus accentuée que les cellules interstitielles ; par une graduation convenable on peut donc les détruire, tout en laissant ces dernières intactes. Au bout de quinze jours d'irradiations les follicules disparaissent : du deuxième au quatrième mois la glande interstitielle regresse : puis elle se reconstitue lentement, et un peu plus tard les follicules qui auront pu être épargnés se régénèrent également. Enfin si l'on continue les irradiations, on obtient la stérilisation complète. En fait, à la fin du neuvième mois et au commencement du deuxième mois on a détruit le follicule, respecté la glande interstitielle et néanmoins on a obtenu l'atrophie de tout le tractus génital.

Cette expérience démontrait nettement que la trophicité de tout le tractus génital est sous la dépen-

dance de la glande interstitielle ; malheureusement sur d'autres animaux que le lapin elle n'a pas toujours donné les mêmes résultats, ainsi que Mme Mulon l'indique dans sa thèse : l'atrophie des follicules n'est pas toujours suivie d'atrophie génitale. Et nous avons vu que les lésions aiguës de l'ovaire restaient sans action sur la vulve. On reconnaît au corps jaune neuf actions différentes et parmi celles-ci une action trophique et vasomotrice. Mais Mme Mulon démontre qu'aucune de ces neuf propriétés ne peut être admise sans conteste *Adhuc subjudice lis est*. Contentons-nous donc des renseignements que nous apporte la clinique et disons que la sclérose et l'atrophie vulvaire sont consécutives à une dysovarie.

Il est possible qu'on rencontre dans l'ovaire de petits centres trophiques, des cellules sympathiques qui commanderaient au développement de toutes les voies génitales, utérus, vagin, hymen et vulve. La dysovarie pourrait donner lieu à des altérations scléreuses de tous les tissus, la fibromatose du corps utérin, l'atrophie du col qui coexistent si souvent avec la sclérose de la vulve.

Peut-être pourrait-on, ainsi que l'indique Mme Mulon dans sa thèse, comparer le corps jaune à la glande surrénale. On a trouvé entre les cellules de ces deux glandes des parentés : embryologiques, car la même région de l'épithélium coelomique donnerait naissance à la corticale surrénale et au corps jaune ; des parentés histogénétiques, car au moment

de leurs différenciations les cellules de ces deux glandes passeraient par les mêmes phases évolutives, des cellules riches en lipoïdes cholestériques se pigmenteraient secondairement ; des parentés histochemiques enfin car dans les deux organes on retrouve des substances semblables, lipoïdes cholestériques et pigments lipochromes (Chauffard, Guy Laroche et Grigault) M. Josué a admis l'existence d'une artériosclérose d'origine surrénalique, peut-être y a-t-il lieu d'admettre l'existence d'une artériosclérose génitale d'origine ovarienne, analogue à la sénilité prostatique qui succède à une dysorchitie.

Mais jusqu'ici nous considérons les effets des glandes ovariennes comme si elles avaient une action autonome, indépendante de tout le reste du système glandulaire. Il ne semble pas qu'il en soit ainsi dans la réalité. Au moment où la sécrétion ovarienne vient à être suspendue par une opération, il est possible que d'autres glandes endocrines entrent en action pour suppléer à cette absence. Au moment où la ménopause manifeste l'altération de la fonction ovarienne, ne pourrait-on penser que la dégénérescence sénile a pu altérer le reste du système endocrinien. Nous avons vu l'atrophie utérine survenir à l'occasion de la castration ovarienne. Mais elle a été constatée également à l'occasion de l'acromégalie et du nanisme, deux affections qu'on attribue à une altération hypophysaire ; à la suite de l'ablation expérimentale de la pituitaire chez les animaux (Cushurg). On l'a vu apparaître à l'occasion du myxœdème, de

la thyroïdectomie expérimentale ou chirurgicale (Hoffmeister, Lauz Ceni), chez des goitreux héréditaires, il y a une atrophie génitale d'origine thyroïdienne. Une tumeur de la surrénale a provoqué de l'atrophie génitale et de l'aménorrhée. On ne saurait dire si ces glandes provoquent l'atrophie et la sclérose par les produits sclérogènes qu'elles versent dans l'organisme, ou si au contraire leur suppression n'entraîne pas la disparition de substances antitoxiques nécessaire à l'équilibre des fonctions vitales. Il semble que l'état de santé constitue une véritable harmonie où chaque glande endocrine tient sa partie. Que l'une de ces glandes viennent à disparaître, l'harmonie est rompue, et toutes les autres glandes endocrines entrent en jeu pour la rétablir.

Nous enlevons des ovaires, nous attribuons les altérations génitales consécutives à la castration. Mais en réalité l'ovariotomie a pu provoquer l'hypertrophie de l'hypophyse (Fichera, Bell) du thymus (Calgolari) de la thyroïde (Cecca) de la surrénale (Marrasini) on est donc aussi bien fondé à admettre une atrophie génitale, un kraurosis d'origine thyroïdienne ou surrénalique.

Toute la femme n'est pas dans l'ovaire, mais ainsi que l'a dit Bell *Propter Secretiones totales mulier est quod est*. Nos procédés cliniques actuels ne nous permettent malheureusement pas encore de reconnaître les symptômes qui relèvent de l'altération de chaque glande. Ne soyons donc point exclusifs et au

lieu de reconnaître dans le kraurosis une affection relevant d'une cause unique, reconnaissons-y un syndrome que les lésions de l'ensemble du système endocrinien peuvent provoquer, peut-être par l'intermédiaire d'une dysovarie, une rétraction scléreuse succédant à des inflammations locales, aussi bien qu'une épisode de l'atrophie génitale qui succède à une dystrophie glandulaire congénitale ou acquise.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Breisky). Citée par Labussière

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, entrée le 19 octobre 1882, enceinte. Elle a déjà eu des varices aux jambes avec œdèmes des membres inférieurs au deuxième mois de sa grossesse, elle a eu un ulcère au-dessus de la malléole interne du pied droit qui persiste encore. Les dernières règles datent du début de février.

Femme grande, forte, bonne nutrition. Bassin ample. Bas ventre modérément distendu. Fœtus vivant de développement normal. Portion vaginal du col comme chez une primipare. Vagin tendu, à paroi lisse. Hymen formant une membrane à bord continu. Fente vulvaire très courte, de l'extrémité du clitoris à la fourchette 39 millimètres : du méat urinaire au même point 23 millimètres. Du mont de Vénus à la face externe du frein du clitoris apparaît une ligne blanchâtre ayant l'aspect d'une cicatrice linéaire, longue de 28 millimètres.

La peau entre les extrémités supérieures des grandes lèvres est lisse, brillante et sèche. Les petites lèvres, très peu développées ne sont délimitées des grandes lèvres que par un petit sillon. Les nymphes s'effacent complètement. La four-

chette a le même aspect que la peau et donne suite vers le périnée à une sorte de raphé, long d'un centimètre. Au-dessous du prépuce du clitoris, proémine un repli transversal, tendu, sec, rétrécissant le vestibule. L'épiderme sec, qui recouvre les lèvres, se fissure au moment de l'examen. En arrière de la région vestibulaire rétrécie apparaît l'orifice profondément situé et étroit du vagin.

Le 23 novembre, début du travail à 2 h. 1/2. L'après-midi à 6 h. 1/2 du soir rupture de la poche des eaux, et à 8 h. 1/4, expulsion naturelle d'un enfant vivant, long de 0 m. 49 et du poids de 3.005. Circonférence de la tête (sous-occipito-bregmatique 32 centimètres). Au moment de l'expulsion de la tête, il se fit une forte distension de l'entrée du vagin et de la vulve, sans que, pourtant, le rebord vulvaire s'amincit : il resta dur et inextensible. Comme l'orifice vulvaire ne se dilatait pour ainsi dire pas, il fut refoulé en totalité par la tête foetale qui poussait en haut et en avant. La sortie de la tête ne s'accomplissant que très lentement, la peau du périnée commença à céder et l'on fit une incision latérale gauche, bientôt suivie de l'expulsion de la tête. Il se produisit aussi une petite déchirure du périnée, qui se prolongea en arrière et en haut, en se bifurquant vers la colonne postérieure du vagin, ainsi que deux fissures à la circonférence antérieure des petites lèvres. On préleva sur les bords, dans le but d'examen microscopique, deux petites bandes de tissu, puis on sutura les solutions de continuité. Suites de couches parfaites. A la sortie de la femme on nota :

Fissure guéries. Vulve très étroite. Prépuce et frein du clitoris courts, le premier avec une peau brillante dépourvue de glandes. Absence complète des petites lèvres. Vagin lisse.

Utérus bien involué. Écoulement très peu marqué : muqueuse blanchâtre.

OBSERVATION II

Gaucher et Louste, 1904

*Kraurosis blanc, leucoplasique de nature spécifique.
Congrès français de médecine*

D..., journalière, âgée de quarante et un ans. Cette malade est syphilitique comme son mari. Le chancre a été constaté en 1902 au niveau de la vulve. Elle entre dans le service en octobre 1903, avec des plaques muqueuses vulvaires, hypertrophiques, accompagnées d'adénopathies inguinales. Les lésions datent de six mois et n'avaient jamais été traitées. Le traitement fut institué avec des pilules de Dupuytren et l'iodure de potassium, et localement, on fit des lavages à la liqueur de Labarraque, diluée, suivie d'application de poudre d'oxyde de zinc. La malade était dans un état général très précaire. Elle était très anémiée par son infection en même temps qu'éprouvée par la misère. On notait au niveau de ses membres inférieurs des lésions de purpura chronique.

En novembre 1903, on lui fait une série de vingt piqûres de benzoate de mercure et la malade sortait guérie le 18 décembre ; trois mois après en 1904 mars, elle revient avec des accidents vulvaires.

Entre temps, naturellement, elle n'a suivi aucun traitement. On fait une série de vingt piqûres et elle repart guérie.

Le 9 août 1904, nouveau séjour, toujours pour des acci-

dents vulvaires. Le coït, douloureux depuis deux mois, est devenu tout à fait impossible. En effet l'examen laisse voir quelques syphilides hypertrophiques et aussi des lésions de kraurosis. Chez cette malade, les lésions sont asymétriques.

La petite lèvre droite n'existe plus. Elle est représentée par un mince bourrelet, à peine séparé de celui qui marque le vestige de la grande lèvre du même côté. A gauche la grande lèvre est amincie, plus atrophiée que la nymphe du même côté. Celle-ci, dans ses deux tiers antérieurs, fait une saillie semi rigide, rouge, presque turgescence, en raison de sa consistance. Au niveau du vestibule, on voit le capuchon atrophié, attiré en bas, et le clitoris presque étouffé. La fourchette est moins atteinte, le méat urinaire est, jusqu'à présent, intact. L'aspect des téguments est variable.

Tandis qu'au niveau des vestiges de la petite lèvre gauche, les tissus sont rouges, congestionnés, traduisant l'inflammation actuelle, au niveau du vestibule, et sur la lèvre droite, la peau est mince et d'un blanc nacré, présentant par places des plaques leucoplasiques. Le vagin a conservé sa coloration et sa consistance normales.

Les tissus malades, en même temps qu'ils sont rétractés et amincis, présentent une grande fragilité, puisqu'il suffit de les déplier pour déterminer des éraillures qui saignent facilement. Il existe de l'hyperesthésie, et c'est d'ailleurs cette hyperesthésie autant que l'atrésie vulvaire, qui empêchent le coït. Il n'y a jamais eu de prurit vrai, mais une sorte de tension, de chaleur, avec de rares démangeaisons.

En somme, chez cette femme, syphilitique, âgée de qua-

rante et un ans, et malade depuis deux ans, nous avons assisté à des accidents spécifiques vulvaires, récidivant par absence d'un traitement suivi, mais cédant assez facilement au traitement fait à l'hôpital à plusieurs reprises. A ces accidents spécifiques, nous avons vu succéder des lésions atrophiques, irrégulières, des organes génitaux externes, accompagnées de leucoplasie, qui se sont installés insidieusement, et qui répondent cliniquement aux lésions du kraurosis.

OBSERVATION III

Bérard et Ch. Dumet, *Kraurosis leucoplasique*
avec dégénérescence épithéliomateuse

Mme M. M..., soixante et un ans.

Antécédents personnels. — Santé habituellement excellente, une fausse-couche à deux mois et demi, suivie de quatre grossesses à terme. Trois enfants morts en bas âge, un bien portant. Ménopause à quarante-six ans.

Historique. — A la suite de son dernier accouchement, il y a vingt ans, la malade avait remarqué, au niveau de la base de la grande lèvre droite, une petite plaque prurigineuse qu'elle soigna pendant plusieurs années, à l'aide de pommades et de caustiques, qui n'eurent d'autres effets que d'augmenter le prurit. Depuis un an, cette plaque devient saillante, et depuis un mois surtout augmente de volume. Le malade entra dans le service du professeur Bérard le 12 mai 1914.

A son entrée on constate :

Bon état général. Dans son ensemble, la région vulvaire

est atrophiée. Les petites lèvres ont presque entièrement disparu. La vulve est envahie, dans la plus grande partie de son étendue, par une transformation leucoplasique, surtout marquée au niveau de la fourchette. Au niveau du méat, la plaque leucoplasique a un aspect vilieux, de consistance nettement cornée. Sur la partie inférieure de la grande lèvre droite, sur la muqueuse leucoplasique se détache un bourgeon rougeâtre, faisant une saillie de 1/2 centimètre, étalé sur une largeur de 3 centimètres carrés environ et légèrement allongé dans le sens vertical. Ce bourgeon a un aspect nettement épithéliomateux. Il existe dans le pli de l'aîne droite des ganglions peu volumineux, mais très durs à caractères néoplasiques. Rien à gauche.

Il existe un polype du méat urétral, du volume d'un pois. Le toucher vaginal montre une paroi vaginale souple, et un col utérin sénile. Intervention le 26 mai 1914.

Vulvectomy droite. Suites opératoires simples. Le 15 juillet 1914 application de radium. Le 19 juillet la malade sort, cliniquement et localement guérie. Persistance de la leucoplasie sur la grande lèvre gauche. Perdue de vue depuis.

OBSERVATION V

(Dalché, Journal de Lucas Championnière, janvier, 1908.

Kraurosis rouge folliculaire).

La malade, âgée de cinquante-trois ans vient consulter pour un prurit vulvaire qui a débuté quatre ans auparavant, lors de la ménopause. C'est une femme maigre, d'aspect souffreteux, très nerveuse, et qui, d'origine arthritique, se

plaint de fréquentes migraines. Encline à la mélancolie, elle se préoccupe vivement de son prurit qui s'accompagne, nous dit-elle, de sensations pénibles sinon douloureuses tout à fait particulières, indéfinissables.

Pubère à quatorze ans, elle a atteint à quarante-neuf la ménopause, ses règles ont toujours été normales et sans douleur. Elle s'est mariée à quarante ans et n'a jamais eu d'enfants.

Il y a quatre ans, quand les règles cessèrent, un prurit apparut. Il n'y a aucune lésion syphilitique, nulle glycosurie, nulle albuminurie, une légère leucorrhée qui n'a rien de gonococcique. Nous n'en trouvons pas non plus l'origine dans une lésion utérine : la matrice est plutôt petite, mais semble saine et les culs-de-sac vaginaux sont intacts.

Mais l'examen direct de la vulve nous cause une véritable surprise. Entre les lèvres, de forme, de dimension et de consistance normale, la paroi vaginale antérieure envoie un prolongement, semblable d'abord à une cystocèle, constitué, en réalité, par deux petites masses charnues, du volume d'une amande, de consistance semi-cartilagineuse, séparées par un léger repli. Toute la région vulvaire, la face muqueuse des lèvres, et, en particulier cette procidence vaginale, sont parsemées d'un piqueté rouge vif entremêlé de lacs, d'arborisations également rouges, et qui semblent prêtes à saigner : mais elles ne saignent pas, même quand on les touche ou les frotte avec un tampon d'ouate hydrophile.

Par places, les éléments du piqueté s'étendent, se réunissent pour former de petits placards ecchymotiques d'un rouge vernissé.

Dans l'intervalle des placards ecchymotiques et du piqueté rouge, la muqueuse est d'un aspect normal. Il ne s'agit donc pas d'une inflammation diffuse.

L'affection fut constatée il y a trois ans : depuis cette époque, la malade vient au moins tous les quinze jours : on parvient à soulager son prurit, mais l'amélioration n'est que momentanée. Quant à la lésion locale, elle ne s'atténue pas, elle paraît même s'étendre et s'aggraver. Tourmentée par son prurit, obsédée par sa lésion, la malade perd son équilibre mental.

OBSERVATION IV

(De Bauréale, *kraurosis post-opératoire*).

Femme de vingt-huit ans. Souffrait beaucoup dans le ventre, les cuisses, les reins, l'anus. Elle avait des pertes blanches, rouges, jaunes. Règles irrégulières très douloureuses, d'une durée de cinq à six jours.

Castration ovarienne le 23 novembre 1891. Depuis l'opération les douleurs n'ont pas tout à fait disparu, elles sont néanmoins très atténuées et la malade a pu reprendre ses occupations antérieures.

Phénomènes nouveaux.—Bouffées de chaleur seulement le jour au nombre de 2 ou 3. Maux de tête très fréquents et très intenses qui obligent parfois la malade à se coucher. Peu de sommeil. Dès que la malade s'assoupit, elle se réveille en sursaut. Pas d'affaiblissement de la mémoire. Grande instabilité du caractère. Idées noires. La malade qui avait des crises de nerfs avant l'opération, n'en a plus depuis. Dimi-

nution des forces. Pas de palpitations. Amaigrissement notable. Pas d'éruptions cutanées. Etat vénérien non modifié. Mauvaises digestions. Pyrosis. Peu d'appétit. Selles difficiles. Brûlures à la miction. Malade revue le 15 avril 1906 quinze ans après l'opération. Les bouffées de chaleur ont disparu depuis deux ou trois ans. Les maux de tête ont augmenté. Irritable. Quelques crises de nerfs il y a quinze jours. Elle a engraisé et pèse 120 livres. Sensations de cuisson vulvaire.

Examen. — Grandes lèvres normales. Pas de décoloration des poils. Petites lèvres amincies : à gauche elles mesurent environ 4 centimètres de long sur 2 ou 3 millimètres dans la moitié postérieure, la moitié antérieure étant réduite à un tractus : à droite, la petite lèvre mesure, jusqu'au clitoris 4 bons centimètres, elle est haute de 1 centimètre à sa partie moyenne. Capuchon et clitoris normaux. Un peu de paleur de la muqueuse vestibulaire : un peu de rougeur de tout le pourtour de l'orifice vaginal et une tendance à la rétraction. Col petit : vagin un peu court. Le tampon ramène du pus.

Symptômes fonctionnels. — Coït non douloureux. Depuis un an elle a une sensation de cuisson qu'elle n'avait pas autrefois. Pendant plusieurs années, elle s'est plainte de douleurs à la miction, disparues maintenant.

OBSERVATION V

(Bérard et Dumet, *kraurosis leucoplasique*
avec dégénérescence épithéliomateuse).

Mme M..., soixante et un ans.

Antécédents personnels. — Santé habituellement excellente, une fausse-couche à deux mois et demi, suivie de 4 grossesses à terme. Trois enfants morts en bas-âge. Un bien portant. Ménopause à quarante-six ans.

Historique. — A la suite de son dernier accouchement, il y a vingt ans, la malade avait remarqué au niveau de la base de la grande lèvre droite, une petite plaque prurigineuse qu'elle soigna pendant plusieurs années à l'aide de pommades et de caustiques, qui n'eurent d'autre effet que d'augmenter le prurit. Depuis un an, cette plaque devient saillante, et depuis un mois surtout augmente de volume. La malade entra dans le service du professeur Bérard le 12 mai 1914.

On constate à l'entrée.

Bon état général.

Dans son ensemble, la région vulvaire est atrophiée. Les petites lèvres ont presque entièrement disparu. La vulve est envahie dans la plus grande partie de son étendue par une transformation leucoplasique, surtout marquée au niveau de la fourchette. Au voisinage du méat, la plaque leucoplasique a un aspect villeux de consistance nettement cornée. Sur la partie inférieure de la grande lèvre droite, sur la muqueuse leucoplasique se détache un bourgeon rougeâtre, faisant une saillie de 1/2 centimètre, étalé sur une surface

de 3 centimètres carrés environ et légèrement allongé dans le sens vertical.

Ce bourgeon a un aspect nettement épithéliomateux. Il existe, dans le pli de l'aîne droite, des ganglions peu volumineux mais très durs, à caractères néoplasiques. Rien à gauche.

Il existe un polype du méat urétral du volume d'un pois.

Le toucher vaginal montre une paroi vaginale souple et un col utérin sénile.

Intervention le 26 mai 1914. Vulvectomie droite. Suites opératoires simples. 15 juillet, application de radium. Le 19 juillet la malade sort, cliniquement et localement guérie. Persistance de la leucoplasie sur la grande lèvre gauche.

OBSERVATION VI (personnelle)

(Service de M. Dalché) *Kraurosis télangiectasique*

Mme X..., âgée de quarante-deux ans.

Entre à l'hôpital se plaignant de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, avec irradiations dans l'épaule étroite.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique mort à soixante-quinze ans, mari éthylique et tuberculeux.

Antécédents personnels. — Avant-dernière enfant d'une famille de 13 enfants, dont 9 ont survécu. La plus jeune sœur, âgée de trente-six ans, est hydrocéphale.

Aucune maladie dans l'enfance.

Nie toute spécificité : point de ganglions, ni mastoïdiens, ni épitrochléens. Réglée à dix-sept ans, les premières règles durèrent quinze jours : elle ne vit plus rien, jusqu'à l'époque

de son mariage un an et demi plus tard. Les règles réapparaissent alors, irrégulières, tous les deux ou trois mois, durant quinze jours, très douloureuses. Dans l'intervalle, pertes blanches.

Les rapports ont toujours été douloureux.

Une grossesse normale au bout de deux ans de mariage. L'enfant meurt à l'âge de deux mois, de méningite.

Six mois plus tard, sans que la malade vit son retour de couche, deuxième grossesse, qui se termine par une fausse couche de trois mois.

Troisième grossesse, deux mois après, suivie d'une fausse couche.

Quatrième grossesse, six mois après terminée par une fausse couche.

Cinquième grossesse normale. L'enfant est vivante, fille de dix-sept ans anormale au point de vue psychique.

Les règles reparaissent six semaines après, mais toujours aussi irrégulières, aussi prolongées, aussi douloureuses.

A trente-huit ans, ménopause précoce. Des douleurs apparaissent dans l'hypochondre droit, irradiant vers l'épaule, disparaissant dans la position couchée. Le port du corset devient impossible.

L'état général n'est pas altéré, l'appétit est intact, les fonctions digestives s'accomplissent normalement, mais la malade maigrit. On ne constate rien d'anormal, sinon l'abaissement du bord inférieur du foie, ptose justifiée par la laxité de la sangle abdominale.

A l'examen des organes génitaux externes, on constate l'aplatissement du mont de Vénus et l'atrophie de la petite lèvre droite qui apparaît comme un bourrelet diminué de

volume, à peine séparé de la grande lèvre. La muqueuse de la face interne est rouge, d'aspect sec, vernisse ; de petites varicosités bleuâtres tranchent sur le fond uniformément coloré. Toute la partie supérieure de la vulve, le clitoris et la région du méat semblent uniformément colorés et les contours de cette plaque rouge se confondent insensiblement avec la muqueuse saine.

Au toucher, on constate une sténose assez accentuée de l'orifice vestibulaire. La muqueuse de la face interne de la petite lèvre et de la région du clitoris est sèche, et glisse difficilement sur le plan profond. On perçoit quelques brides qui arrêtent le doigt. Le col utérin est petit et dur. L'utérus présente le volume d'un utérus pubescent, est en antéflexion.

Cette affection serait apparue au moment de la ménopause : en même temps, les seins et le système pileux ont notablement régressé ; les poils ont complètement disparu au niveau des aisselles.

L'examen des urines ne décèle ni albumine, ni sucre.

La malade présente un kraurosis à forme ecchymotique, sans autre symptôme fonctionnel que la douleur, névralgique sans douleur à la miction, sans prurit. Elle ne s'est pas représentée.

OBSERVATION VII (personnelle)

(Service de M. Dalché)

Mme R. M..., âgée de cinquante-sept ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection hépatique, mère morte à soixante-dix-huit ans d'une tumeur maligne ?

Antécédents personnels. — Règlée à dix-sept ans de façon

normale. Règles durant deux ou trois jours, assez abondantes. Douleurs deux ou trois jours avant leur apparition.

Mariée à vingt et un ans, mère à vingt-deux ans et demi. Enfant bien portante âgée de de trente-cinq ans actuellement, mère d'une petite fille myxœdémateuse. Ménopause à quarante-sept ans, arrêt brusque des règles, avec quelques pertes blanches ensuite.

A partir de la ménopause, l'état général s'altère, la malade maigrit, elle accuse quelques troubles digestifs vagues, elle se plaint d'une gêne continuelle dans le bas ventre pendant la marche, ne ressentant au contraire rien d'anormal au repos.

A l'examen, on constate une sténose vulvaire ne permettant l'entrée que de deux doigts : les deux petites lèvres sont atrophiées, et déformées par des brides se dirigeant en tous sens, leur face interne présente une coloration jaunâtre, avec de petites plaques de la dimension d'une lentille, assez nettement délimitées, rouges, ecchymotiques.

Un petit kyste à l'entrée du méat. Le toucher n'est pas douloureux. La vulve est intacte ; le col utérin est atrophié, ainsi que le corps utérin. Cette affection semble remonter à l'âge de la ménopause, c'est-à-dire à dix ans, mais la malade n'a jamais eu l'attention attirée de ce côté, le coït était difficile, mais non douloureux.

L'examen des urines ne décèle ni albumine ni sucre. Le Wassermann s'est montré négatif.

La malade a été traitée par des attouchements à la poudree d'orthoforme et de diiodoforme. Elle se présente tous les quinze jours. Actuellement les taches rouges ont un aspect moins congestif et la gêne qu'elle ressentait au bas-ventre et au périnée s'est atténuée.

CONCLUSION

Le kraurosis ou sclérose rétractile du tissu dermique de la vulve, succède à des inflammations banales ou spécifiques, syphilitiques ou blennorragiques de cette région. Il semble, dans certains cas, qu'on puisse constater à son origine, une prédisposition soit familiale, soit acquise à la sclérose, une syphilis ou une tuberculose congénitale.

Au point de vue histologique, le kraurosis se présente sous deux aspects, suivant l'époque à laquelle on l'étudie.

Au début, c'est une hyperplasie, une infiltration de cellules leucocytaires très analogue à celle qui accompagne toutes les inflammations, et cette diapédèse prédomine nettement dans les couches profondes de la muqueuse vulvaire, couche de Malpighi et derme, où d'ailleurs les vaisseaux sont beaucoup plus nombreux.

Dans une deuxième période, à l'hyperplasie succède l'atrophie scléreuse, la prolifération du tissu conjonctif. Les éléments trophiques du derme, vaisseaux, nerfs et glandes, peuvent être étouffés dans les mailles serrées du tissu scléreux ; une lésion chro-

nique, à évolution progressive, succède à la lésion aiguë.

L'épiderme peut être atteint, mais de façon insignifiante, et il nous semble qu'au point de vue histologique, kraurosis pur est synonyme de sclérose rétractile du derme. D'autres lésions épidermiques peuvent se greffer là-dessus, particulièrement la leucoplasie, caractérisée par l'hyperkératose, l'hyper-éléinidose et l'hyperacanthose, pour nous c'est une forme avec complication et non pas une forme pure, telle qu'il en apparaît à la suite de la castration.

Le kraurosis n'existe qu'après l'établissement des premières règles pendant la période d'activité génitale. Il y a des formes du jeune âge, post-opératoires ; des formes de l'âge avancé, kraurosis sénile post-ménopausique. Dans les deux cas, on voit apparaître, en un premier temps les symptômes fonctionnels de la dysovarie, en un second temps, les signes physiques du kraurosis, plus ou moins accentué. D'après une statistique de M. Thiberge, il aurait été constaté douze fois en examinant 94 femmes de tout âge, c'est-à-dire dans la proportion de un huitième.

A la sclérose de derme, qui constitue l'élément essentiel du kraurosis, peut se joindre un élément inflammatoire. S'il prédomine au niveau des canalicules glandulaires de la région, c'est la forme folliculaire. S'il atteint le tissu vasculaire donnant un véritable aspect angiomateux, c'est la forme télangiectasique. Enfin, si l'altération prédomine au niveau de l'épiderme, c'est la forme leucoplasique,

à laquelle on peut souvent reconnaître un organe syphilitique.

Rétraction de l'anneau vulvaire cliniquement, sclérose dermique histologiquement, voilà qui suffit au diagnostic : hors ceci point de kraurosis. D'autres affections peuvent se greffer là-dessus, et nous concevons la possibilité d'une telle évolution, prurit, leucoplasie, kraurosis, et même, quoique la lésion ne soit pas signalée, sclérodermie.

Le traitement, au début, peut faire regresser l'inflammation, et l'on pourrait utiliser alors le radium et les rayons X. Plus tard, une fois la sclérose constituée, les traitements médicaux nous semblent impuissants et il y a lieu de pratiquer l'ablation chirurgicale.

La pathogénie de la sclérose rétractile du derme n'est pas nettement éclaircie. Il nous semble qu'on peut y reconnaître trois éléments principaux :

1° L'inflammation locale déterminant une cicatrice vicieuse dont l'évolution peut être comparée à celle d'une chéloïde. Peut-être cette évolution progressive trouve-t-elle sa cause dans une lésion des nerfs trophiques ou du sympathique ;

2° L'élément constitutionnel général, prédisposition familiale ou acquise à la sclérose. Le nanisme génital pourrait être constaté chez certaines femmes, au même titre que tout autre signe de dégénérescence. En même temps que la sclérose de la vulve, on a souvent l'occasion de noter les polypes du meat, l'atrophie du col utérin, la fibromatose du corps

utérin et la dégénérescence sclérokystique des ovaires ;

3° Le trouble des sécrétions internes. Il semble, ainsi que l'indique M. Jayle, que l'état anatomique de la vulve soit le véritable reflet de l'état anatomique de l'ovaire. Le kraurosis apparaît à l'occasion d'une hypoovarie ou d'une anovarie, à la suite d'une lésion chronique de l'ovaire, à la suite de son ablation chirurgicale, à la suite de la véritable castration physiologique que constitue la ménopause.

Mais il ne nous semble pas qu'on puisse incriminer la dysovarie seule : à la suite d'une maladie aiguë de l'ovaire on ne constate souvent aucune trace de kraurosis. L'ovaire n'est qu'un instrument dans l'harmonie endocrinienne, son altération peut déterminer un déséquilibre des autres sécrétions internes ; des suppléances peuvent s'établir, et peut-être la sclérose génitale peut-elle être déterminée par le trouble d'autres glandes endocrines, de la surrénale par exemple, dont l'action a pu être comparée à celle du corps jaune. Il est possible aussi que l'ovaire puisse déterminer la sclérose, non pas par l'action directe de ses sécrétions, mais indirectement, en influençant le système nerveux sympathique.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne saurions déterminer la part exacte qui revient à chacun de ces éléments, mais, au lieu de reconnaître le kraurosis comme une affection spécifique, nous le considérons comme un syndrome relevant de causes multiples.

BIBLIOGRAPHIE

- Breisky*. — Zeitsch. f. Heilkunde Bd. VI, Hft. 1, page 69.
- Martin (A.)*. — Sammtl Klinisch. Vortrage, n° 102, p. 167.
- Bartels*. — Thèse de Bonn, 1892.
- Labusquière*. — Revue générale (Annales de gynécologie, 1896, page 130).
- Le Roy des Barres*. — Du kraurosis de la vulve (La semaine gynécologique, 13 avril 1897, page 114).
- Gaspary et Joseph*. — Lehrb. d. Hauptkrankheiten, 2 Aufl., page 80.
- Fleischman*. — Præger. med. Wochensch, 1886, n° 36.
- Gordes* — Monatsch. f. geb. und gyn., 1896, bd. III.
- Id., bd. IV, page 305.
- Hallowell*. — Northwest. Lancet 1891, n° 1.
- Hatchette*. — Annals of gynec. a. pédiatry, décembre 1892, n° 3, page 139.
- Heitzmann*. — Americ. dermat. assoc., 1888.
- Janowsky*. — Monatsch. f. prakt. dermat., 1888, n° 19.
- Dumesnil (Ohman)*. — New Orléans med. and surg. j., mars 1890.
- Orthmann*. — Zeitsch. f. geb. und gyn., bd. XIX, page 282.
- Peter*. — Monatsch. f. geb. und gyn., 1896, bd. III, hft. IV, page 287.
- Pichevin et Pettit*. — La semaine gynécologique, 1897, n° 7, page 48.
- Saenger*. — Cent f. gyn. 1894, n° 7, p. 153.
- Smith (Ch.)*. — Buffalo med. and surg. journal, 1890, oct., page 160.
- Webster*. — Labor rep. royal College of phys. Edimburg, 1891.

- Mars* (A.-V.). — Monatschr. f. geb. und gyn., 1898, bd. VII, hft. 6, page 616.
- Beyea*. — A contribution to our knowledge of chronic inflammatory hyperplasia of the vulva (Amer. gyn. obst., sept. 1898, page 315).
- Pozzi* (S.). — Sténoses et atrésies acquises de la vulve et du vagin (Traité de gynécologie, 1897, pages 114-116).
- Lauro* (Vincenzo). — Della craurosi vulvara. (La gynecologia e l'ost. pratica, 1898, n° 3, page 41).
- Merletti*. — Sur rapports clinici ed anatomopathologia della vulvite pruriginoso col cancroide et collo craurasis vulvare. (Archivio italiano di gyn., anno 2, n° 2, page 152).
- Baldy*. — Kr. vulvæ (The am. journal of the med. sc., n° 331, nov. 1899).
- Himmelfarb*. — Du kr. de la vulve (Annales de gynécologie, 1900, juin, page 413).
- Frederick*. — Kr. vulvæ (The times and reg., vol. XXIII, n° 8; Trommels Gahresbericht, 1891, p. 795).
- Elesher*. — Kraurosis vulvæ operat. esete orvosi hetilop. n° 22; Trommels Jahresbericht, 1894, p. 240.
- Reed*. — Progressive cutaneus atrophy of the vulva (The Amer. gyn. and obstetr. Journ., n° 5, p. 556).
- Rona*. — Kraurosis esete Orvosi Hetilop, 1894, n° 13. Trommels, Jahresbericht, 1894, p. 240.
- Seeligmann*. — Uber kraurosis vulvæ (Central f. gyn. bd. XXI, p. 193).
- Longyear*. — Kraurosis vulvæ (The Amer. Journ. of obstetric., décembre 1895, page 823).
- Pfannenstiel*. — Amputation vulvæ wegen kr. Allgem. med. centralzeit 1896, n° 36.
- Neumann*. — Kr. vulvæ weener (Klinisch. Wochens., 1896, p. 211).
- Czempin*. — Kraurosis vulvæ (Zeitsch f geb. und gyn. Bd. XXI, p. 193).
- Pichevin et Pettit*. — Annales de gynécologie, 1897, mars, p. 254.

- Mac Gillovery*. — Centralb. f. gyn., Bb. 22, p. 1095.
- Veit*. — Hand. d. Gynöek, 1898, Bd. III, p. 144.
- Gebhard*. — Pathologisch. equat der weibl. (Sennal organ. Leipzig, 1899, p. 589).
- Brösin*. — Kraurosis v. centralb. f. gyn., 1899. Bd. XXIII, p. 1320.
- Montgomery Baldy*. — Report of a case of kraurosis v (Amer. Journ. of obstetric., vol. XL, p. 241).
- Dubrowalsky*. — Ein fall von kraurosis vulv. (Centrall. f. gyn. 1899, Bd. XXIII, p. 1554).
- Robin et Dalché*. — Traitement médical des maladies des femmes. Etud. kraurosis vulvæ, page 325.
- Heller*. — Ueber Kraurosis (Centralb f. Gynec., 1899, Bd. XXIII, p. 1501).
- Hebert*. — Kraurosis v. (The Bristisch gynec. Journ. August, 1905, p. 16).
- Heller*. — Ein Fall Kraurosis v. (Zeitsch v. Geb. u. Gyn., XLIII, p. 120).
- Rosenstein*. — Ueber Kraurosis (Mon. f. Geb. u. Gey. Bd. XV, Freb., 1902, p. 167).
- Trespe*. — Beitrag zur Kraurosis (Arch. v. Gyn., 1902, Bd. LXVI, Hft 2, p. 327).
- Darger*. — Zur kentniss der kraurosis (Arch. f. Gyn. Bd. LXVI, Hft 3, p. 637).
- Donald (A.)*. — A cause of kraurosis (Traus of the Northof Engl. obst. and gyn. Soc., oct. 1902, p. 62).
- Perrin*. — Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvæ-nale, ses rapports avec le kraurosis (Annales de dermat. et de syph., janv. 1901, p. 23).
- Szasz*. — Ueber leucoplasische Veranderungen der Vulva (Monatsch. f. geb. u. gyn., 1903, XVII, p. 1020).
- Nonique*. — Sclérose rétractile de l'anneau vulvaire ou krauroses vulvæ. Thèse de Paris, 1905.
- Boursier*. — Kraurosis de la vulve (Journ. de Médecine de Bordeaux, 15 mai 1904).
- Darré et Delaunay*. — Diagnostic des ulcérations vulvaires (Gaz. des Hôpitaux, 1904, n° 69, p. 685).

- Jung*. — Die ætiologie der kraurosis (Zeitsch. f. geb. u. gyn. Bd. LII, Hft. 1, p. 13).
- Boursier*. — Un cas de kraurosis (Journ. medic. de Bordeaux, 1904, n° 20, p. 349).
- Jayle et Bender*. — Societe anat. de Paris, juillet 1905, rapporte dans Annales de Gyn., 1916, p. 562.
- Jayle*. — Le kraurosis vulvæ (Rev. de Gynec. et de Chirurg. abdom., 1906, n° 4, p. 633).
- Pichévin*. — Leucoplasie et kraurosis (Semaine gyn., 7 août 1906).
- Berkelaar*. — Leucoplastic vulvitis and its relations to kraurosis v. and carcinoma vulvæ (Britisch. med. Journ., déc. 1909, p. 1739).
- Baureale (M.)*. — Kraurosis vulvæ post-opératoire Thèse de Paris, 1909.
- Chassaigne de Borredon*. — Le kraurosis et sa dégénérescence epithéliomateuse. Thèse de Paris, 1908.
- Thibierge*. — Etude clinique sur le kraurosis vulvæ (Annales de dermatologie, 1908).
- Dalché*. — Les prurits vulvaires. Le Kraurosis (Journal de médecine et de chirurgie pratique de Lucas Championnière, janv. 1908).
- Jayle*. — Les modifications de l'hymen par les maladies de l'appareil genital (Rev. gynec. et chir. abdominale, 1910, n° 5, p. 417).
- Pichévin*. — Kraurosis vulvæ (Semaine gynec., 1911, p. 33).
- Kishin*. — Kraurosis vulvæ (New-York med. Journ., janvier 1912, p. 128).
- Jayle*. — Leucoplasie et kraurosis vulvæ (Bulletin de la Société de l'Internat, juin 1912, p. 214).
- De l'influence de l'ovaire sur l'état anatomique de la vulve (Bulletin de la Soc. de l'Internat, 1909, p. 191).
- Wulfram (Mlle)*. — Leucoplasie et kraurosis. Thèse de Paris, 1910.
- M. Marion*. — A propos d'un cas de kraurosis (Bulletin médical, 5 avril 1911, p. 275).

Jayle et Bender. — Revue de Gynécologie, 1910.

Jayle. — Kraurosis vulvæ (Livre d'Or du professeur Pozzi, 1906, p. 257).

Begouin. — Précis de path. la chirurgic., 1913, Art. Kraurosis.

Bérard et Dumet. — Kraurosis vulvæ (Gaz. des Hôpitaux, janv. 1919).

Gougerot. — La syphilis en clientèle. Sur le kraurosis.

Vu : le Président de la thèse :

CH. GILBERT

Vu : Le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le vice-recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

